

Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade

Political, institutional, and organizational evaluation of primary health care with an emphasis on comprehensiveness

Kenneth Rochel de Camargo Jr. ¹
 Estela Márcia Saraiva Campos ²
 Maria Teresa Bustamante-Teixeira ²
 Mônica Tereza Machado Mascarenhas ³
 Neuza Marina Mauad ²
 Túlio Batista Franco ³
 Luiz Cláudio Ribeiro ²
 Mário José Martins Alves ²

Abstract

This article presents part of the data from an evaluation of primary care, implemented as part of research funded by the Brazilian Ministry of Health in 2005. Thirty-one municipalities from the States of Minas Gerais and Espírito Santo comprised the study sample. Data collected with qualitative methods (interviews and documents) were summarized, with the production of a set of categorical variables. The article presents the distribution of values for the variables by municipality. The variables were submitted to correspondence analysis, which showed their internal validity. The article also provides observations on relevant aspects of the field. In conclusion, the evaluation demonstrates advances in the Family Health Strategy in Brazil, with important contributions to the Project for Expansion and Consolidation of the Family Health Strategy, despite persistent obstacles, particularly related to human resources in the family health strategies and local use of the data produced.

Primary Health Care; Family Health; Evaluation; Comprehensive Health Care

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.

³ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

Correspondência

K. R. Camargo Jr.
 Instituto de Medicina Social,
 Universidade do Estado do
 Rio de Janeiro.
 Rua São Francisco Xavier
 524, 7º andar, Bloco D,
 Rio de Janeiro, RJ
 20550-900, Brasil.
 kenneth@uerj.br
 kencamargo@gmail.com

Introdução

Este artigo apresenta parte dos dados de uma avaliação da atenção básica, implementada como parte de uma pesquisa com financiamento do Ministério da Saúde durante o ano de 2005. Trata-se de uma análise de implantação das intervenções, conforme a classificação proposta por Contandriopoulos et al. ¹. Esta exige que se estabeleça um julgamento de adequação e integridade do funcionamento de um programa, obtido pelos indicadores de cobertura, da qualidade das estruturas e dos processos envolvidos, coerentes com os princípios de avaliação da qualidade utilizados por Kessner et al. ².

A intervenção estudada foi a reestruturação da atenção básica em saúde no Brasil. Esse processo, orientado pela implementação do Programa Saúde da Família (PSF) numa perspectiva de conversão do modelo assistencial, vem sendo acompanhada por meio de um conjunto de indicadores e de metas estabelecidas em um processo de pactuação. Em que pesem a relevância e as características inovadoras desses processos, eles, por si só, não são suficientes para institucionalizar as práticas de monitoramento e avaliação da reestruturação do modelo. Por um lado, tal institucionalização envolve um processo de apropriação pelos gestores municipais (e nos referimos aqui não apenas à figura do gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), mas ao conjunto de gestores que atuam no âmbito do SUS em um

município, incluindo e enfatizando os gestores que se ocupam do PSF no âmbito municipal) das ferramentas conceituais e metodológicas das pesquisas avaliativas, de modo a inserir tais práticas no seu cotidiano de trabalho. De outro, o elenco de indicadores utilizados na pactuação não consegue por si só apreender as mudanças qualitativas que se espera que aconteçam em decorrência da reorientação do modelo assistencial. Essa limitação é particularmente evidente quando se indaga sobre o impacto das ações empreendidas no que tange à realização dos princípios da integralidade, da universalidade e equidade no acesso às ações e serviços de saúde, na resolutividade, na intersetorialidade, e na participação popular.

A perspectiva de avaliação utilizada no estudo foi desenhada com o objetivo de dar conta das limitações acima; além das questões teórico-metodológicas já mencionadas, tínhamos em mente alguns princípios fundamentais: (a) o desenho de uma estratégia metodológica exequível para adoção em larga escala pelos serviços de saúde; (b) a necessidade de incorporação das estratégias avaliativas à gestão em saúde, de forma ampla; e (c) a adoção de um processo participativo, em que gestores, profissionais e usuários sejam parte integrante do processo de avaliação.

O desenho original foi aperfeiçoado ao longo do período da pesquisa. A proposta avaliativa resultante contou com a participação do conjunto de gestores do PSF (secretário municipal de saúde, coordenadores da atenção básica e/ou de saúde da família e profissionais das equipes de saúde da família), vistos como protagonistas privilegiados no seu desenvolvimento e posterior institucionalização, o que implicou vários momentos de compartilhamento da equipe de pesquisa com as representações municipais. Efetuamos alguns ajustes e modificações, em particular por termos nos defrontado com um obstáculo no campo, de certa forma antecipado, mas não na intensidade com que se manifestou, que foi o caráter extremamente negativo que a palavra “avaliação” carrega. Com frequência assume-se que uma proposta de avaliação visa a estabelecer punições, disciplinar ou retaliar ações indesejadas, e assim por diante. E é forçoso reconhecer que, do ponto de vista institucional, o histórico por vezes turbulento de relações entre os vários níveis hierárquicos da administração pública parece dar razão a essa interpretação.

A partir do termo de referência elaborado pelo Ministério da Saúde, a pesquisa foi estruturada em três dimensões: a do cuidado integral e organização da atenção; a político-institucional; e a do desempenho do sistema de saúde. Este texto apresenta parte dos dados produzidos apenas

nas duas primeiras, que foram trabalhadas com base em técnicas qualitativas, e posteriormente, submetidas a uma análise estatística de dados categoriais (análise de correspondência), para avaliação da associação entre os dados obtidos com referência às duas dimensões.

Passamos a seguir a apresentar, de forma sucinta, o referencial teórico básico que orientou a estruturação das duas dimensões analisadas neste artigo.

Cuidado integral e organização da atenção

O desenho metodológico da abordagem desta dimensão apoiou-se em Mascarenhas³, que toma como ponto de partida uma das diretrizes do SUS, fundada na integralidade como conceito abrangente, que instiga a organização de novos serviços de saúde, e a revisão das práticas sanitárias e seus processos de trabalho: “*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*” (Constituição Federal).

Dada a polissemia do termo “Integralidade”⁴, optamos por tomá-lo como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização de serviço. Entende-se que alguns outros conceitos articulados traduzem a integralidade nos sentidos adotados: acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção.

Acolhimento é definido por Silva Jr.⁵ (p. 91) como: “*tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados*”.

Acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde. Podemos pensar no acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços.

Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e os usuários. A postura receptiva solidariza-se com o sofrimento ou problema trazido pelo usuário,

abrindo perspectivas de diálogo e de escuta às suas demandas. A dimensão acolhimento, como postura, abrange ainda as relações intra-equipe e equipe-usuário.

O acolhimento como técnica instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados.

Como organização de serviços, o acolhimento representa um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção, de capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até os conteúdos e as características operacionais da supervisão e da avaliação de pessoal.

Optamos também por incorporar a idéia de acessibilidade organizacional para complementar o conceito de acolhimento. No campo da saúde, acesso pode ser definido por aquelas dimensões que descrevem a entrada potencial ou real de um dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde. A acessibilidade é entendida como o conjunto de circunstâncias, de diversa natureza, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. Representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos

Outro aspecto fundamental da atenção integral é o vínculo, definido como: “*o profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário*”⁶ (p. 138).

Assim, podemos pensar no vínculo em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. Na primeira dimensão, o profissional de saúde deve ter um investimento afetivo positivo tanto na sua atuação profissional quanto no paciente, construindo, assim, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se torna um valioso instrumento de trabalho.

A idéia de vínculo como uma relação terapêutica, põe em relevo a palavra terapêutica, tomada em um sentido específico, relacionado com o ato

de dar atenção. Logo, uma nova forma de cuidado, em que “*cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro*”⁷ (p. 34).

A continuidade é um fator importante de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento/confiança entre profissional e paciente.

Vínculo também implica a responsabilização, que é o profissional assumir a responsabilidade pela condução da proposta terapêutica, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem pessoal.

Essa reflexão teórica define um conjunto de critérios de referência, que foram considerados no processo de avaliação, em especial no que diz respeito à qualidade de atenção à saúde, ou seja, o “*quanto as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde*”⁹ (p. 419).

Dimensão político institucional

É de fundamental importância a análise do contexto de implementação da estratégia de monitoramento e avaliação da atenção básica, por meio da compreensão e acompanhamento das características do arranjo institucional e da política municipal de saúde, por entender que tais características definem um campo de possibilidades e de limites para os resultados da consolidação do novo modelo de reordenamento da atenção básica, em especial do PSF.

Uma das formas de apreender essa dimensão político-institucional é a ferramenta conceitual proposta por Matus⁹, conhecida como triângulo de governo. Para esse autor, qualquer perspectiva de governo envolveria três dimensões chave: a do projeto de governo, ou seja, a relativa ao conjunto de propostas que caracterizam a perspectiva de ação, do ator social em questão (ex.: plano municipal de saúde, projeto PSF e Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF); a da capacidade de governo, relativa ao arsenal de ferramentas teórico-metodológicas que o ator social dispõe para tentar implementar seu projeto (Portarias, Resoluções etc.); e a governabilidade, que diz respeito ao grau de controle que determinado ator social tem sobre as variáveis e os recursos mais fundamentais para realizar seu projeto.

Métodos

O estudo abrangeu uma variedade de técnicas aplicadas em dois estágios da pesquisa: no primeiro realizamos estudos de caso em quatro municípios (Belo Horizonte, Juiz de Fora e Patos de Minas no Estado de Minas Gerais e Serra no Estado do Espírito Santo), onde todos os procedimentos foram adotados, e a seguir num grupo maior de municípios (Araguari, Barbacena, Betim, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Divinópolis, Governador Valadares, Ibitiré, Ipatinga, Itabira, Montes Claros, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Uberaba, Uberlândia e Varginha no Estado de Minas Gerais e Cachoeiro do Itapemirim, Cariacica, Colatina, Linhares, Vila Velha e Vitória no Estado do Espírito Santo) um subconjunto metodológico foi aplicado. Neste artigo referimo-nos apenas aos dados comuns às duas fases.

Os dados apresentados neste artigo foram provenientes de duas fontes básicas: entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave e a análise de documentos. Os informantes em todos os municípios foram o Secretário Municipal de Saúde, o coordenador da Atenção Básica, o coordenador do PSF e o coordenador do PROESF no município. Os documentos foram as propostas para o PROESF apresentadas ao Ministério da Saúde, os planos diretores municipais e as atas do Conselho Municipal de Saúde (quando presente).

A análise do material discursivo seguiu várias etapas interativas. As categorias teóricas derivadas do referencial adotado no projeto foram retrabalhadas como um conjunto de marcadores para a sistematização do material coletado. Pesquisadores capacitados produziram, sob supervisão do núcleo de coordenadores do projeto, uma série de relatórios individuais sobre os municípios; estes foram reanalisados pelo grupo coordenador, cotejando com as categorias de análise que foram desenhadas no início do projeto; finalmente, produzimos um conjunto de indicadores qualitativos que resumem as principais características que, a nosso ver, descrevem e discriminam a situação em cada um dos municípios estudados. A análise produziu um conjunto de indicadores e os respectivos valores (categorias) que poderiam assumir em cada unidade de observação. As variáveis categoriais produzidas, ao final dessa etapa, foram submetidas à análise de correspondência^{10,11,12}, que teve como objetivo explorar a associação entre as categorias das variáveis qualitativas da dimensão político-institucional e da organização da atenção e do cuidado integral. Assim como a análise fatorial, a

técnica de análise de correspondência possibilita verificar quais as variáveis melhor explicariam a variabilidade dos dados (municípios) e também encontrar aquelas variáveis que estivessem mais correlacionadas entre si. A aplicação da análise de correspondência permitiu selecionar sete variáveis, que por sua vez foram colocadas em três grupos. Procedeu-se, em seguida, a tabulações cruzadas procurando verificar as categorias dessas variáveis que estivessem mais correlacionadas, utilizando a medida denominada “resíduo padronizado ajustado”.

Resultados

Apresentamos a seguir a distribuição das principais variáveis categoriais observadas, seguidas da análise de correspondência com base nas mesmas.

Dimensão político-institucional

A síntese da análise expressa a política de governo, isto é, o comportamento das categorias na rede básica foram avaliadas considerando sua expressão enquanto política e diretriz de construção do PSF e da Rede Básica nas respectivas dimensões analisadas.

- **Projeto de governo**

- a) **O PROESF é indutor de política para a Atenção Básica?**

Observa-se que o PROESF não teve papel indutor para a maioria dos municípios da amostra – apenas 9 (29,03%) foram enquadrados como “sim”, contra 9 (29,03%) de “não” e 13 (41,94%) de “indiferente” –, o que é compreensível dado o porte dos mesmos, o que implica a existência de processo de implantação de programas de saúde da família ou similares mesmo antes da iniciativa do PROESF.

- b) **Caracterização em relação ao PSF**

Mesmo sem ter tido o papel de indutor de políticas, para a maior parte dos municípios (apenas um município, ou 3,23%, foi categorizado como “inicia”) o PROESF teve um papel estratégico importante, de expandir (20; 64,52%) ou consolidar (4; 12,9%) o PSF; para uma parte expressiva, ainda que minoritária (5; 16,13%) destes, contudo, o PROESF desarticulou processos já em andamento. Em um município consideramos que não foi obtida informação suficiente para permitir a categorização.

- **Capacidade de governo**

- a) **Capacidade instalada (equipamento e área física)**

Da mesma forma que no item anterior, para a maior parte dos municípios o PROESF teve um papel estratégico importante (3 – 9,68% – categorizados como “inicia”, 10 – 32,36% – como “expande”, 12 – 38,71% – como “consolida”), aumentando os recursos disponíveis para investimento no PSF, o que se materializou também em expansão e consolidação de alguns serviços básicos; para uma parte expressiva (ainda que minoritária: 5, ou 16,13%) destes, contudo, o PROESF desarticulou processos já em andamento. Em um município (3,23%) consideramos que não foi obtida informação suficiente para permitir a categorização.

- b) **Capacidade instalada (recursos humanos)**

- b.1) **Formação**

Praticamente todos os municípios apresentaram estratégias de capacitação de sua força de trabalho, de uma ou outra forma; para a grande maioria (24, ou 77,42%), contudo, isto ficou limitado a iniciativas esporádicas que não configuram um processo de capacitação permanente, tal como desejável, o que foi observado em 6 (19,35%) dos municípios. Em apenas um município (3,23%) não identificamos iniciativas nessa área.

- b.2) **Equipe de trabalhadores**

Para a grande maioria (24, ou 77,42%), as equipes formadas incluem apenas o quadro mínimo de profissionais preconizado, contra 7 (22,58%) com equipes expandidas.

- b.3) **Vínculo contratual é precário?**

Os itens “*Vínculo Contratual é Precário?*”, “*Há Diversidade de Vínculo Profissional dos Trabalhadores do PSF?*” e “*Os Recursos Humanos do PSF Formam um Quadro Profissional Paralelo à Rede de Serviços?*”, apresentam, em seu conjunto, um retrato preocupante da precarização da força de trabalho dedicada ao PSF, o que já foi apontado em vários estudos sobre o PSF no Brasil. Vinte e quatro (77,42%) dos municípios apresentam vínculos contratuais precários no âmbito do PSF, contra apenas 7 (22,58%) que não têm estes vínculos.

- b.4) **Há diversidade de vínculo profissional dos trabalhadores do PSF?**

Apenas 3 municípios (9,68%) têm homogeneidade dos tipos de vínculo dos trabalhadores de saúde, contra 28 (90,32%) que apresentam diversidade.

- b.5) **Os recursos humanos do PSF formam um quadro profissional paralelo à rede de serviços?**

O quadro é integrado em 23 (74,19%) dos municípios, e com características de paralelismo em 8 (25,81%). Este indicador pode parecer contraditório com relação aos anteriores, tendo em vista a existência de diversidade de vínculos institucionais e de contratação precária, o que levaria a pensar na existência de um quadro paralelo para o PSF. O que ocorre, porém, é que as situações anteriores são encontradas com relação ao conjunto de profissionais que trabalha no PSF, em particular os médicos, mas não há uma separação total com relação ao restante do quadro de recursos humanos das secretarias municipais de saúde. Com exceção dos agentes comunitários e também dos médicos, os demais profissionais são usualmente dos quadros regulares. Portanto, embora haja uma diversidade de situações, ela não é suficiente para caracterizar um quadro totalmente à parte, exclusivo do PSF.

- b.6) **A saúde bucal**

A ampla maioria dos municípios realiza atividades de saúde bucal, mas destes a maior parte não articula as mesmas com o PSF: 10 (32,36%) têm saúde bucal articulada ao PSF e 12 (38,71%) têm saúde bucal desarticulada do PSF. Apenas 5 (16,13%) dos municípios não têm atividades de SB, e 4 (12,9%) não forneceram informações suficientes para avaliação do item.

- b.7) **A assistência farmacêutica**

A ampla maioria dos municípios realiza atividades de assistência farmacêutica, mas destes, a maior parte não articula as mesmas com o PSF: 5 (16,67%) têm assistência farmacêutica articulada ao PSF e 14 (46,67%) têm assistência farmacêutica desarticulada do PSF. Apenas 5 (16,13%) municípios não têm atividades de assistência farmacêutica, e 6 (20%) não forneceram informações suficientes para avaliação do item.

- **Governabilidade**

A governabilidade sinaliza um quadro relativamente favorável. A ampla maioria dos municípios teve a possibilidade de experimentar um processo de aprendizagem institucional em relação ao processo de gestão anteriormente à submissão de projetos para o PROESF, o que é esperado, tendo em vista o porte dos municípios da amostra, todos com mais de cem mil habitantes. A maioria dos gestores é o ordenador de despesa dos respectivos Fundos Municipais de Saúde, e têm alta capacidade de pactuação com os demais atores políticos. Não obstante, obser-

va-se problemas numa parcela expressiva, ainda que minoritária, dos municípios com relação a esses indicadores. O mesmo pode ser dito no que diz respeito ao controle social, embora num quadro relativamente mais favorável e que deve ser monitorado para o futuro, em especial, com relação aos municípios onde o mesmo se apresenta ainda incipiente.

a) Aprendizagem institucional (houve progressão em direção à gestão plena?)

A grande maioria (23, ou 74,19%) teve aprendizagem institucional, contra apenas um município (3,23%) onde isto não se verificou. Em sete (22,58%) municípios consideramos que não havia informação suficiente para categorização.

b) O secretário municipal de saúde controla o Fundo Municipal de Saúde (é ordenador de despesas?)

A maioria (21, ou 67,74%) tem o Fundo Municipal de Saúde controlado pelo secretário de saúde, contra 7 (22,58%) onde isto não se verificou. Em 3 (9,68%) municípios consideramos que não havia informação suficiente para categorização.

c) Capacidade do gestor pactuar com atores políticos e sociais o seu projeto de governo

Em 18 (58,06%) dos municípios a capacidade de pactuação dos gestores foi considerada alta, e em 13 (41,94%), baixa.

d) Controle social

O controle social esteve presente em 19 (61,29%) dos municípios, mostrou-se incipiente em 8 (25,81%) e ausente em 4 (12,9%).

• **Circulação da informação**

A situação da informação nos municípios é preocupante, como se depreende dos indicadores abaixo, com uma minoria incorporando a informação à gestão, e um grupo menor ainda dando retorno da mesma às equipes locais, o que ajuda a explicar a má qualidade dos dados de alguns dos sistemas estudados, em especial o Sistema de Informação da Atenção Básica.

a) Incorporação da informação na gestão?

Apenas nove (29,03%) dos municípios estudados incorporam a informação à gestão. Dos restantes, 18 (58,06%) não o fazem, e em 4 (12,9%) municípios consideramos que não havia informação suficiente para categorização.

b) Retorno da informação para as equipes locais

Apenas 7 (22,58%) dos municípios estudados dão retorno da informação às equipes locais. Dos restantes, 16 (51,61%) não o fazem, e em 8 (25,81%) municípios consideramos que não havia informação suficiente para categorização.

Dimensão da organização da atenção e do cuidado integral

Tomados em conjunto, estes indicadores mostram que uma questão fundamental para a proposição do PSE, a proposta de reorientação do modelo assistencial, está longe de ser alcançada. A pouca penetração das várias estratégias de reorientação, a começar pela questão do acolhimento, mostra a persistência do modelo tradicional, da qual é evidência ainda a predominância absoluta do trabalho medicocêntrico sem interação expressiva com o restante da equipe de saúde da família.

Por outro lado, percebe-se avanços na questão do vínculo e da integralidade do cuidado, em que há pelo menos movimentos incipientes na maioria dos municípios. Vê-se também um quadro mais favorável no que diz respeito à implementação de programas inovadores por iniciativa própria do município e no caminhar em direção a iniciativas intersetoriais.

• **Acolhimento enquanto política de governo**

O acolhimento enquanto política de governo esteve presente em 7 (22,58%) dos municípios e ausente em 24 (77,42%).

• **Trabalho em equipe: há interação de saberes e práticas no processo de trabalho da equipe?**

A interação entre saberes e práticas esteve claramente presente em apenas 3 (9,68%) dos municípios. Em 5 (16,13%) foi categorizada como "Incipiente", sendo ausente em 21 (67,74%) municípios. Em 2 (6,45%) municípios consideramos que não havia informação suficiente para categorização.

• **Vínculo com responsabilização**

O vínculo com responsabilização esteve claramente presente em 6 (19,35%) dos municípios. Em 16 (51,61%) foi categorizado como "Incipiente", sendo ausente em 8 (25,81%) municípios. Em 1 (3,23%) município consideramos que não havia informação suficiente para categorização.

- **Projetos ou programas inovadores (criados pelo próprio município)**

Foi observada a existência de projetos ou programas inovadores em 18 (58,06%) dos municípios e sua ausência em 13 (41,94%).

- **Integralidade**

A integralidade esteve claramente presente em 6 (19,68%) dos municípios. Em 11 (35,48%) foi categorizada como “Incipiente”, sendo ausente em 14 (45,16%) municípios.

- **Intersetorialidade**

A intersetorialidade esteve claramente presente em 10 (32,26%) dos municípios. Em 11 (35,48%) foi categorizada como “Incipiente”, sendo ausente em 8 (25,81%) dos municípios. Em 2 (6,45%) municípios consideramos que não havia informação suficiente para categorização.

Análise de correspondência

A aplicação da análise de correspondência permitiu selecionar sete variáveis, que por sua vez foram agregadas em três grupos:

- Primeiro grupo: é formado por duas variáveis altamente correlacionadas entre si e com o primeiro componente da análise de correspondência: “*política de capacitação de recursos humanos*” e “*incorporação das informações no processo de gestão*”.
- Segundo grupo: é formado por quatro variáveis altamente correlacionadas entre si e com a segunda dimensão da análise de correspondência: “*o PROESF é indutor de política para Atenção Básica*”; “*equipamento e área física*”; “*controle social*” e a questão do “*Vínculo com responsabilização no trabalho das equipes*” de saúde da família.
- Terceiro grupo: é representado por uma única variável, integralidade, que obteve grande intensidade nas duas dimensões definidas pela técnica de análise de correspondência.

A realização de tabulações cruzadas procurou verificar as categorias dessas variáveis que estivessem mais correlacionadas. Para isso, utilizamos a medida denominada “*resíduo padronizado ajustado*”. Esta estatística tem distribuição normal padrão, ou seja, se for maior do que 1,96 para determinada casela da tabela (encontro de duas categorias de duas variáveis), podemos dizer que essas categorias estão correlacionadas (considerando-se um nível de significância de 5%).

Os principais resultados estão apresentados nas Tabelas 1 e 2. As diferenças de totais são devidas à exclusão dos municípios onde a categoria estudada não tinha informação.

De 27 municípios, em 20 foi identificado que a política de formação de recursos humanos é pontual, e em 6, que esta política seria uma prática permanente. Dos 20 primeiros, em 16 se identificou a não incorporação da informação na gestão, ao passo que no grupo em que a política de formação de recursos humanos é permanente, a incorporação da informação na gestão foi identificada em 5 dos 6 municípios.

Das 19 respostas P (controle social presente) referentes ao controle social, 17 foram A (alta capacidade do gestor pactuar com atores políticos e sociais o seu projeto de governo). Das oito repostas I para controle social (incipiente), sete foram B (baixa) para capacidade de gestão, e das quatro que tinham o controle social considerado na categoria A (ausente), todas foram enquadradas na categoria “B” – baixa capacidade do gestor com atores políticos e sociais no seu projeto de governo (Tabela 2). Esses resultados indicam elevada tendência de associação entre a capacidade de pactuação por parte do gestor e o controle social.

A análise da categoria correspondência com as outras duas é mostrada nas Figuras 1 e 2, onde se percebe a intensa correlação já apontada. É interessante notar no segundo gráfico que a presença da integralidade está associada à presença do controle social, mas no que diz respeito ao papel indutor do PROESF o conteúdo associado é *indiferente*. Isso deve-se provavelmente ao fato de que a presença tanto da integralidade como diretriz política quanto do controle social refletem um amadurecimento da política de saúde local, o que faria com que o PROESF chegasse num momento em que a política de saúde já encontra uma certa consolidação.

Conclusões

O PROESF apresentou características bastante diferentes dependendo da situação encontrada no município no momento de sua proposição. Para alguns, como Montes Claros (Minas Gerais), representou o endosso e possibilidade de expansão de uma política já em curso no município; em outros casos, contudo, como Betim (Minas Gerais) a imposição de um determinado modelo de Atenção Básica, em alguma medida conflitante com o que já fora implantado no município com inegável sucesso, chega a ser percebido como ameaça. Para boa parte dos municípios estudados o PROESF representou sobretudo a

Tabela 1

Correspondência entre as variáveis capacitação, formação de recursos humanos e a incorporação da informação na gestão.

Formação de recursos humanos	Incorporação da informação na gestão		Total
	Sim	Não	
Pontual			
Frequência	4	16	20
Resíduo ajustado	-2,5	2,5	
Ausente			
Frequência	0	1	1
Resíduo ajustado	-0,7	0,7	
Permanente			
Frequência	5	1	6
Resíduo ajustado	2,9	-2,9	
Total frequência	9	18	27

Tabela 2

Correspondência entre as variáveis controle social e capacidade do gestor pactuar com atores políticos e sociais o seu projeto de governo.

Controle social	Capacidade do gestor		Total
	Alta	Baixa	
Ausente			
Frequência	0	4	4
Resíduo ajustado	-2,5	2,5	
Incipiente			
Frequência	1	7	8
Resíduo ajustado	-3,0	3,0	
Presente			
Frequência	17	2	19
Resíduo ajustado	4,5	-4,5	
Total frequência	18	13	31

possibilidade de injeção adicional de recursos, o que permitiria por sua vez aumentar o acesso da população aos serviços de saúde; em poucos casos a questão da conversão do modelo assistencial se colocou como fundamental, mesmo para os municípios que explicitamente declaram a mesma como parte fundamental de um projeto de governo, a decisão por implementá-la foi na maior parte das vezes anterior ao PROESEF.

Dificuldades já relatadas em diversos estudos sobre o SUS, em particular a indefinição do papel das unidades federativas e a excessiva centralização e concentração de poder decisório no nível federal, foram também percebidas na pesquisa.

Algumas dificuldades importantes são partilhadas por vários municípios, em particular no

que diz respeito à relação entre financiamento e recursos humanos. Um número expressivo de municípios opera no limite da lei de responsabilidade fiscal no que diz respeito à fração do orçamento dedicada ao pagamento de pessoal. Para esses municípios, a implantação efetiva de um PSF com cobertura superior a 70% traz uma série de dilemas; não há como atrair e fixar profissionais, em especial médicos, uma vez que não há como reajustar salários sem infringir a *Lei de Responsabilidade Fiscal*; a perspectiva de contratação de agentes comunitários de saúde incorre no mesmo problema; o *Regime Jurídico Único* cria dificuldades para a remuneração diferenciada dos profissionais do PSE, que seria necessária para mantê-los em regime de dedi-

Figura 1

Correspondência das variáveis integralidade, incorporação da informação na gestão e recursos humanos-formação.

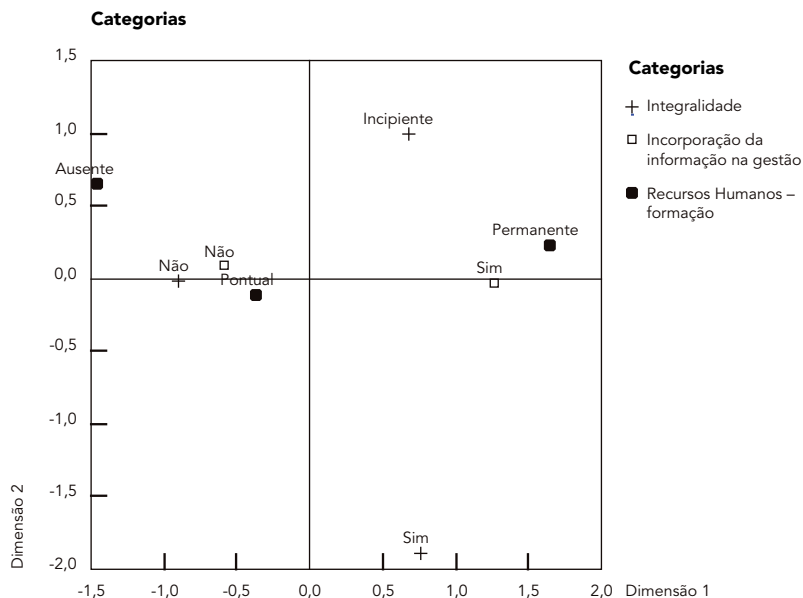
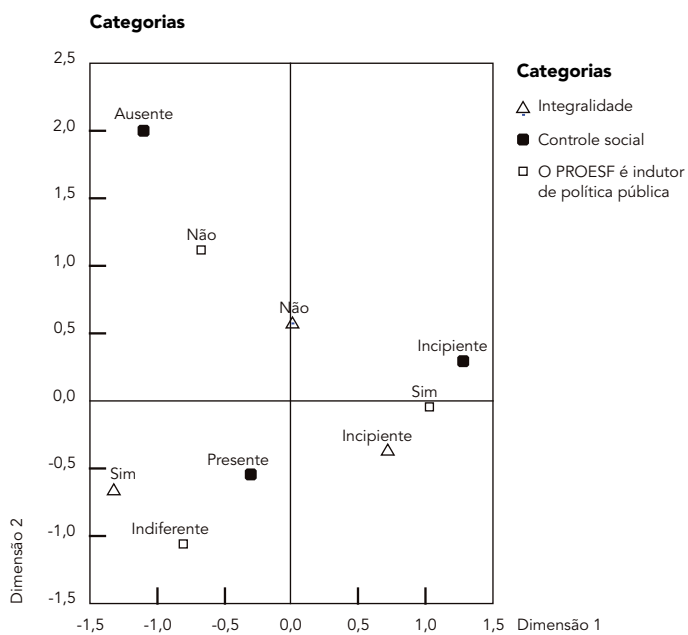


Figura 2

Correspondência das variáveis integralidade, controle social e PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família) é indutor de política pública.



cação exclusiva (e, novamente, em particular, os médicos).

Uma dificuldade generalizada, ainda que em graus variáveis, diz respeito a toda infra-estrutura de informação para gestão do sistema. Isso foi expresso de forma candente em vários municípios da amostra pela dificuldade em se obter os dados solicitados pela pesquisa. Em muitos, a possibilidade de copiar os bancos de dados dos computadores da respectiva Secretaria Municipal de Saúde foi totalmente dependente da figura quase mítica do “rapaz da informática”; a baixa difusão de conhecimentos técnicos sobre a operação básica de computadores é um entrave considerável à operação dos próprios sistemas e à difusão de informações. Além disso, a capacitação para tratar as informações recebidas e analisá-las é baixa na maior parte dos locais estudados, o que se reflete na baixa qualidade dos dados de alguns sistemas, em particular do SIAB, justamente o que seria, ao menos em tese, o de maior importância estratégica para a gestão da Atenção Básica. Agregue-se a isso o uso freqüente da restrição de acesso às informações como estratégia de manutenção de poder político, e tem-se um quadro bastante preocupante com relação à questão da informação em geral.

A educação permanente, embora configurada como imagem-objetivo por vários municí-

pios, está longe da realidade para a maior parte dos mesmos. Tomado em conjunto com o descrito anteriormente, percebe-se que um dos grandes nós górdios no caminho da implantação do PSF de forma abrangente é a gestão de recursos humanos em sentido amplo.

Há uma grande diversidade na organização do processo de trabalho no PSF, diferentemente do que possa parecer, dada a regulamentação que normatiza sua organização e funcionamento. Nota-se que houve, em muitos casos, um processo de adaptação às realidades locais anteriores, mantendo desta forma o modelo vigente antes da implantação do programa. Por outro lado, há lugares onde houve inovação na organização do processo de trabalho, como, por exemplo, com a implantação do acolhimento como é o caso de Belo Horizonte. Essa diversidade nos diz que para manter o mesmo padrão modelar para o PSF, faz-se necessário um esforço de construção no nível local, mostrando que a influência dos atores em nível do município e das equipes de Saúde da Família é muito importante.

Por fim, a análise de correspondência mostrou a coerência interna das variáveis categoriais produzidas, ressaltando em particular a presença da integralidade enquanto diretriz política como marcador também de outras variáveis significativas entre as estudadas.

Resumo

Este artigo apresenta parte dos dados de uma avaliação da Atenção Básica, implementada como parte de uma pesquisa com financiamento do Ministério da Saúde durante o ano de 2005. Trinta e um municípios, dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo, Brasil, formaram a amostra do estudo. Dados coletados com base em métodos qualitativos (entrevistas e análise de documentos) foram sintetizados com a produção de um conjunto de variáveis categoriais. A distribuição dos diversos valores assumidos pelas variáveis nos diferentes municípios são apresentadas. Essas variáveis foram submetidas à análise de correspondência, que mostrou sua validade interna. Adicionalmente, observações sobre aspectos relevantes do campo são apresentados. Em conclusão, a avaliação mostra avanços da estratégia de saúde na família, com importantes contribuições do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, embora obstáculos consideráveis ainda permaneçam, em particular no que diz respeito à força de trabalho das estratégias de saúde na família e na utilização local das informações produzidas.

Atenção Primária; Saúde da Família; Avaliação; Assistência Integral à Saúde

Colaboradores

K. R. Camargo Jr. coordenou o projeto de pesquisa e realizou a análise qualitativa e a revisão final do artigo. E. M. S. Campos, N. M. Mauad e T. B. Franco contribuíram na coordenação da dimensão de políticas do projeto, na supervisão de trabalho de campo e na redação de achados referentes à dimensão. M. T. B. Teixeira participou da coordenação da dimensão de avaliação de desempenho (análise quantitativa) do projeto, da supervisão de trabalho de campo e da redação de achados referentes à dimensão. M. T. M. Mascarenhas contribuiu na coordenação da dimensão de organização do cuidado, no desenho inicial da proposta de avaliação de qualidade, na supervisão de trabalho de campo e na redação de achados referentes à dimensão. L. C. Ribeiro e M. J. M. Alves colaboraram na elaboração e análise dos bancos de dados, na análise estatística e na discussão dos resultados.

Referências

1. Contandriopoulos AP, Champagne F. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
2. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In: Organización Panamericana de la Salud, organizador. Investigaciones sobre servicios de la salud. Brasília: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 555-63.
3. Mascarenhas MTM. Avaliando a implementação da atenção básica em saúde no Município de Niterói, RJ: estudos de caso em unidade básica de saúde e módulo do programa médico de família [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
4. Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001.
5. Silva Jr. AG. Lógicas de programar ações de saúde. In: Barboza PR, organizador. Curso de especialização autogestão em saúde: guia do aluno. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001. p. 81-107.
6. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecilio LCO, organizador, Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 117-60.
7. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
9. Matus C. Teoria da ação e teoria do planejamento. In: Matus C, organizador. Política, planejamento e governo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1996. p. 81-98.
10. Greenacre MJ. Theory and applications of correspondence analysis. London: Academic Press; 1993.
11. Agresti A. Categorical analysis. New York: John Wiley; 2002.
12. Míngote SA. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora da UFMG; 2005.

Recebido em 19/Mar/2007

Versão final reapresentada em 24/Ago/2007

Aprovado em 20/Set/2007