MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

SAÚDE DA FAMÍLIA

Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos

Síntese dos Principais Resultados

2.ª edição atualizada

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Editora MS

Brasília – DF
2005

© 2002 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 2.ª edição atualizada – 2005 – 1.500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6.º andar
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-2497
Fax: (61) 3226-4340
Home page: www.saude.gov.br

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp)
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps)
Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (Nupes)
Av. Brasil, 4.036, sala 1.001, Manguinhos
CEP: 21240-361, Rio de Janeiro – RJ
Tels.: (21) 3882 9134 / 2270 6937
Fax: (21) 22707013
E-mail: nupes@ensp.fiocruz.br
Home page: www.ensp.fiocruz.br

Capa: Carlos Fernando Reis da Costa e Adriana Carvalho Peixoto

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.
Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
210 p.: il. color.– (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 85-334-0817-X

1. Saúde da Família. 2. Política de saúde. 3. Atenção básica. . I. Escorel, Sarah (Coord.). II. Giovanella, Lígia. III. Mendonça, Maria Helena. IV. Magalhães, Rosana. V. Senna, Mônica de Castro Maia. VI. Título. VII. Série.

NLM WA 308

Catalogação na fonte – Editora MS – OS 2005/0007

Títulos para indexação:
Em inglês: Health Family: implementation evaluation in ten large urban centers: synthesis of main results
Em espanhol: Salud de la Familia: evaluación de la implementación en diez grandes centros urbanos: síntesis de los principales resultados.

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774/2020
Fax.: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe técnica:
Normalização: Leninha Silvério
Luciana Cerqueira Brito
Revisão: Mara Pamplona e Lilian Alves
Projeto gráfico: João Mário P. d'A. Dias
Editoração: Sérgio Ferreira

Sumário

Equipe de pesquisa 5
Lista de quadros. 7
Lista de tabelas 14
Lista de gráficos 14
Apresentação 15
Objetivos 23
Geral 23
Específicos 23
Metodologia 25
Estudos dos municípios 26
Eixos de análise 33
Características municipais e contexto político institucional da implantação. 33
Controle social 56
Estratégias de implementação 72
Características de vulnerabilidade das famílias usuárias do PSF pesquisadas. . . . 86
Integração do PSF à rede de serviços de saúde 103
Reestruturação da rede de serviços de saúde 124

Integralidade da atenção. 125

Trabalho em equipe dos profissionais de saúde 134

Vínculos estabelecidos entre profissionais das ESF e famílias adscritas 160

Desenvolvimento local do PSF em relação às normas e aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde 196

Recomendações – Elementos facilitadores e limitantes do desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos 199

Referências bibliográficas 205

Equipe de pesquisa

Coordenadora Geral

Sarah Escorel

Equipe de Coordenação

Lígia Giovanella, Maria Helena Mendonça
Rosana Magalhães e Mônica de Castro Maia Senna

Pesquisadores Associados

Equipe do Prodeman/Uerj sob a coordenação de Renato Möeller: Ana Augusta de Medeiros, Sidiléia Daflon Castricini, Adriana Reis Xavier, Roberta Mara Sant'Anna Ribeiro, Fernando César de Castro Bezerra, Adriano Alves Bezerra, Vanessa dos Reis de Souza, Francisco J. Goivinho da Silva e Alessandra Santos da Silva

Pesquisadores Assistentes

Patty Fideles de Almeida, Mônica Mendonça Delgado, Marcello de Moura Coutinho, Valéria Gomes de Castro e Renata Rangel Silva

Assistentes de Pesquisa de Campo

Jurema da Silva Flores, Eliana Vicente, André Luís Ribeiro, Cátia Cristina Martins de Oliveira, Silvia Barbosa de Carvalho, Edna Ferreira Santos, Luciane Binsfeld, Ana Paula Santos da Silva, Fábio Carvalho Lima, Gisele dos Santos Rocha, Ludmila Miranda Mendonça, Maria Cristina Conceição Viana, Paulo Orlando Falcon Ramos e Simone Andrade Gonçalves

Bolsistas de Iniciação Científica CNPq/Fiocruz

José Victor Regadas Luiz, Carina Pacheco e Rafael Vidal

Assistente Administrativo

Maria Emília Duarte de Oliveira

Auxiliares Administrativos

Luiz Cláudio Guimarães da Silva e Lincoln Xavier da Silva

Apoio Administrativo

Fensptec

Agradecimentos

Celina Setsuko Kawano (DAB/SAS/MS) nos dados do Siab
Silvia Marta Porto (Dasp/Ensp/Fiocruz) nas análises do Siops

Financiamento

Financiado com recursos de doação do governo japonês, administrado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). O conteúdo é de responsabilidade do Ministério da Saúde e não dos órgãos financiadores.

Lista de Quadros

Quadro 1: Municípios selecionados segundo os grupos de critérios, PSF, Brasil, 2001 21

Quadro 2: População total, características demográficas, geográficas e político-administrativas dos dez grandes centros urbanos, Brasil, 2000 34

Quadro 3: Mortalidade geral pelos cinco principais grupos de causas, dez grandes centros urbanos, Brasil, 1998 36

Quadro 4: Internações por principais grupos de causas, dez grandes centros urbanos, Brasil, 1998 38

Quadro 5: Rede ambulatorial do SUS por nível de hierarquia e unidades por dez mil habitantes, dez grandes centros urbanos, Brasil, dezembro 2001 40

Quadro 6: Percentual de produção ambulatorial do SUS segundo a complexidade, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2001 41

Quadro 7: Participação da produção do PACS/PSF no total de procedimentos de Atenção Básica, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2001 42

Quadro 8: Rede ambulatorial e hospitalar do SUS e proporção (%) sob gestão municipal, dez grandes centros urbanos, Brasil, dezembro 2001 43

Quadro 9: Indicadores selecionados de oferta e atenção à saúde, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2000 45

Quadro 10: Percentual das transferências da União para o SUS municipal segundo a fonte, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2000 46

Quadro 11: Percentual das transferências para o SUS na despesa total com saúde e percentual de recursos próprios municipais aplicados em saúde, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2000 47

Quadro 12: Aprendizado institucional segundo os indicadores selecionados, dez grandes centros urbanos, Brasil. 48

Quadro 13: Posicionamentos dos diversos atores no momento de implantação do PSF segundo os gestores municipais do programa, dez grandes centros urbanos, Brasil 50

Quadro 14: Posicionamentos dos diversos atores em relação ao PSF, no momento da realização da pesquisa em 2002, segundo os gestores municipais do programa, dez grandes centros urbanos, Brasil 51

Quadro 15: Estratégias de ampliação da base de apoio do PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil 55

Quadro 16: Atividades selecionadas das entidades representadas e dos conselheiros municipais de saúde entrevistados no exercício da função, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002 58

Quadro 17: Participação das entidades dos conselheiros municipais de saúde entrevistados em fóruns selecionados, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002. 60

Quadro 18: Ano de criação do Conselho Municipal de Saúde, número de integrantes e duração do mandato, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002. 61

Quadro 19: Intercâmbio e parcerias entre o CMS e colegiados selecionados, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002 64

Quadro 20: Interferência do CMS em aspectos selecionados do PSF segundo os conselheiros municipais representantes de usuários, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002. 66

Quadro 21: Existência de Conselho Local de Saúde e participação de integrantes das ESF e famílias usuárias pesquisadas (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002. 68

Quadro 22: Percepção dos integrantes das ESF, conhecimento e participação das famílias usuárias do PSF pesquisadas sobre a realização de diagnóstico de saúde local (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 70

Quadro 23: Famílias entrevistadas que conhecem onde apresentar e que já apresentaram queixas e denúncias (%) e formas dos usuários do PSF apresentarem sugestões ou denúncias, segundo os conselheiros entrevistados, PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 71

Quadro 24: Motivos para a implantação do PSF apresentados pelos gestores municipais, dez grandes centros urbanos, Brasil 73

Quadro 25: Processo de implantação do PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil 76

Quadro 26: Concepção dos modelos implementados e tipos de coordenação do PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002 81

Quadro 27: Capacidade instalada do PSF por tipo de Unidade de Saúde da Família (USF), dezembro de 2001 84

Quadro 28: Equipes implantadas, média de famílias por ESF e cobertura populacional do PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, dezembro de 2001 85

Quadro 29: Probabilidade do indivíduo ser pobre no Brasil associada a conjunto de variáveis selecionadas, 1990 87

Quadro 30: Vulnerabilidade dos chefes de famílias usuárias do PSF pesquisadas segundo as características selecionadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002. 89

Quadro 31: Vulnerabilidade dos chefes de famílias usuárias do PSF pesquisadas segundo as características selecionadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002. 91

Quadro 32: Vulnerabilidade dos moradores usuários do PSF pesquisados segundo as características selecionadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002. 92

Quadro 33: Vulnerabilidade dos moradores usuários do PSF pesquisados segundo as características selecionadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002. 94

Quadro 34: Vulnerabilidade dos domicílios pesquisados segundo as características selecionadas (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 95

Quadro 35: Vulnerabilidade dos domicílios pesquisados segundo as características selecionadas (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 97

Quadro 36: Principais problemas da comunidade segundo as famílias adscritas ao PSF pesquisadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 99

Quadro 37: Principais problemas de saúde da comunidade segundo as famílias adscritas ao PSF pesquisadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 101

Quadro 38: Percepção de violência na comunidade e experiências de violência das famílias pesquisadas nos últimos 12 meses (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002. 103

Quadro 39: Acesso à ESF/USF das famílias adscritas ao PSF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 105

Quadro 40: USF como porta de entrada do Sistema de Saúde, indicadores selecionados de procura das famílias, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 108

Quadro 41: Percepção dos profissionais da ESF sobre a USF como porta de entrada, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 109

Quadro 42: Resolutividade da ESF/USF e proporção de encaminhamentos do PSF para outros serviços de saúde (%) segundo as famílias entrevistadas e a partir do Siab, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 111

Quadro 43: Agendamento de serviços ambulatoriais e tempo médio de espera, PSF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 112

Quadro 44: Acesso aos exames das famílias adscritas ao PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 114

Quadro 45: Acesso à internação hospitalar das famílias adscritas ao PSF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 115

Quadro 46: Acesso aos medicamentos das famílias adscritas ao PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 116

Quadro 47: Existência de mecanismos de referência e contra-referência e uso por ESF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002 119

Quadro 48: Sistema de referência e contra-referência segundo os profissionais de nível superior das ESF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 121

Quadro 49: Preenchimento dos dados do Siab, nove grandes centros urbanos, Brasil, 1999-2001 122

Quadro 50: Treinamento e utilização dos dados do Siab pelas ESF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 123

Quadro 51: Substituição da rede básica por USF e organização da rede de serviços de saúde, PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002 124

Quadro 52: Integralidade da atenção: atividades de educação em saúde e assistenciais realizadas por médicos e enfermeiros das ESF na semana anterior à pesquisa, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 126

Quadro 53: Indicadores selecionados de atendimento da demanda espontânea (%), seis grandes centros urbanos, PSF, Brasil, 2002 128

Quadro 54: Atividades extramuros realizadas por profissionais de nível superior das ESF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 129

Quadro 55: Atividades extramuros realizadas por auxiliares de enfermagem e ACS das ESF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 130

Quadro 56: Atuação intersetorial dos profissionais de nível superior das ESF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 131

Quadro 57: Atuação intersetorial de auxiliares de enfermagem e ACS nos seis meses anteriores à pesquisa, PSF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 132

Quadro 58: Percepção da intersetorialidade por profissionais das ESF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 133

Quadro 59: Percepção dos profissionais de nível superior e avaliação das famílias sobre conhecimento dos problemas da comunidade (%), PSF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 134

Quadro 60: Número de profissionais pesquisados por categoria, PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002 135

Quadro 61: Composição das Equipes de Saúde da Família, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002 137

Quadro 62: Características de sexo e idade dos profissionais do PSF (%), dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002 138

Quadro 63: Escolaridade e experiência anterior dos profissionais de nível superior (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 139

Quadro 64: Escolaridade dos auxiliares de enfermagem e ACS do PSF(%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 140

Quadro 65: Motivo de escolha do PSF por integrantes das ESF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 141

Quadro 66: Mecanismos de seleção utilizados para contratação, PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002 143

Quadro 67: Modalidades de contratação de pessoal para o PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002 145

Quadro 68: Salários mensais e carga horária semanal dos integrantes das ESF e dos profissionais da rede de serviços de saúde, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002 147

Quadro 69: Integrantes das ESF que consideram compatíveis atribuições e salários (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 148

Quadro 70: Rotatividade e permanência dos integrantes das ESF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 151

Quadro 71: Avaliação dos gestores quanto à capacitação dos profissionais para desenvolver suas atividades no PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002 153

Quadro 72: Realização de treinamento introdutório, participação em atividades de capacitação continuada e percepção dos auxiliares de enfermagem e ACS sobre o treinamento (%), seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 154

Quadro 73: Atividades de educação continuada realizadas na semana anterior à pesquisa por integrantes da ESF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 156

Quadro 74: Indicadores do trabalho em equipe segundo o conjunto de integrantes da ESF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 157

Quadro 75: Atividades não assistenciais realizadas na semana anterior à pesquisa por integrantes da ESF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 158

Quadro 76: Avaliação da adequação do espaço físico das USF por integrantes das ESF e famílias pesquisadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 159

Quadro 77: Atendimento pelas ESF no último mês e avaliação das famílias, PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 162

Quadro 78: Atendimento mínimo mensal das famílias usuárias do PSF pesquisadas por tipo de profissional da ESF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002. 163

Quadro 79: Conhecimento e avaliação das famílias sobre os ACS e as atividades realizadas (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 165

Quadro 80: Famílias que receberam orientações dos ACS sobre prevenção de doenças e de aids e uso de soro de reidratação oral e avaliaram como ótima e boa (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 167

Quadro 81: Famílias que receberam orientações dos ACS sobre cuidados de idosos e de doentes crônicos e avaliaram como ótima e boa (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 . . 168

Quadro 82: Famílias que receberam dos ACS orientações selecionadas e avaliaram como ótima e boa (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 169

Quadro 83: Famílias que receberam dos ACS orientações selecionadas sobre saúde da criança e avaliaram como ótima e boa (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 170

Quadro 84: Famílias atendidas e problemas nos atendimentos segundo o tipo de profissional das ESF(%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 172

Quadro 85: Prioridade no atendimento segundo os integrantes das ESF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 174

Quadro 86: Prioridade no atendimento segundo integrantes das ESF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 175

Quadro 87: Portadores de doenças crônicas em famílias usuárias do PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 176

Quadro 88: Portadores de doenças crônicas em uso diário de medicamentos e local de obtenção, oito grandes centros urbanos, PSF, Brasil, 2002 177

Quadro 89: Portadores de doenças crônicas e atendimentos recebidos em Vitória da Conquista e Goiânia, PSF, Brasil, 2001 178

Quadro 90: Portadores de diabetes em famílias usuárias do PSF e atendimentos recebidos, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 179

Quadro 91: Atividades realizadas no mínimo mensalmente em portadores de diabetes sob acompanhamento da ESF (%), seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 180

Quadro 92: Portadores de hipertensão arterial em famílias usuárias do PSF e atendimentos recebidos, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002 181

Quadro 93: Atividades realizadas no mínimo mensalmente em portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento da ESF (%), seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002. 182

Quadro 94: Gestantes em famílias usuárias do PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 183

Quadro 95: Atividades realizadas no mínimo mensalmente em gestantes sob acompanhamento da ESF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 184

Quadro 96: Crianças até 2 anos de idade em famílias usuárias do PSF e sob acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 185

Quadro 97: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças até 2 anos de idade em famílias usuárias do PSF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 186

Quadro 98: Percepção dos integrantes das ESF sobre indicadores de vínculos e comparação das famílias entre serviços prestados na USF e nas unidades básicas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 188

Quadro 99: Avaliação das famílias pesquisadas sobre melhoria das condições de saúde e do atendimento com a implantação do PSF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 189

Quadro 100: Famílias pesquisadas que consideraram boa a qualidade de atividades selecionadas realizadas nas USF (%), oito grandes centros urbanos, PSF, Brasil, 2002 191

Quadro 101: Famílias pesquisadas que consideraram boa a qualidade de atividades selecionadas realizadas nas USF (%), oito grandes centros urbanos, PSF, Brasil, 2002 192

Quadro 102: Existência de serviços odontológicos e laboratoriais e famílias pesquisadas que consideraram boa a qualidade das atividades realizadas nas USF (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 193

Quadro 103: Satisfação com o PSF e fatores positivos selecionados mencionados por famílias pesquisadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 194

Quadro 104: Insatisfação com o PSF e fatores negativos selecionados mencionados por famílias pesquisadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 195

Quadro 105: Avaliação das famílias pesquisadas sobre necessidade de mudanças no PSF e oferta de novas atividades (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 196

Lista de Tabelas

Tabela 1: Mortalidade proporcional (%) por faixas etárias selecionadas, dez grandes centros urbanos, Brasil, 1998 37

Tabela 2: Tempo máximo de espera para consultas especializadas e exames, segundo os profissionais de nível superior do PSF, Vitória da Conquista (BA) e Goiânia (GO), 2001 113

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Processo de implantação de ESF, dez grandes centros urbanos, Brasil 78

Gráfico 2: Serviços de saúde geralmente procurados e utilizados em episódios de doenças nos últimos 30 dias por famílias usuárias do PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002 107

Apresentação

Na segunda metade da década de 90, a política de saúde no Brasil apresentou uma importante e significativa mudança. Após vários anos privilegiando a atenção hospitalar e a busca de instrumentos orçamentários e mecanismos financeiros que viabilizassem o pagamento de serviços prestados por hospitais contratados pelo SUS, a Atenção Básica passou a ser área de concentração de esforços, programas e investimentos, com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita.

As iniciativas de caráter nacional fundamentaram-se em experiências estaduais e regionais bem-sucedidas. Dentre estas, referência especial deve ser feita ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no Estado do Ceará desde 1987. Criado inicialmente como 'frentes de trabalho' em uma conjuntura de seca, o programa estadual, com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal, foi desenvolvido especialmente por mulheres, que, após treinamento de duas semanas, realizaram ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense.

Passado o momento climático mais crítico, embora as frentes de trabalho tenham sido desativadas, o PACS foi mantido com recursos do Tesouro Estadual. Nessa segunda fase, a partir de setembro de 1988, o programa abandonou o caráter emergencial, adquirindo características de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde. Os agentes comunitários de saúde passaram a atuar em 45 municípios do interior do estado, para "melhorar a capacidade da comunidade de cuidar de sua própria saúde" por meio de visitas domiciliares regulares às famílias, sendo cada agente comunitário de saúde (ACS) responsável por 50 a 100 famílias na área rural e por 150 a 250 famílias nas áreas urbanas (SILVA; DALMASO, 2002, p. 47-9).

Em 1991, a experiência bem-sucedida do Ceará estimulou o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), implantado, inicialmente, na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, e "formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna" (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 19). Em 1992, denominado PACS, foi implementado por meio de convênio entre a Funasa/MS e as secretarias estaduais de Saúde, que previa repasses de recursos

para custeio do programa e o pagamento, sob a forma de bolsa, no valor de um salário mínimo mensal aos agentes. Com o PACS, "começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família)" (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 19).

Em 1993, o PACS abrangia 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com 29 mil ACS atuando em 761 municípios. Em novembro de 1994, o programa estava implantado em 987 municípios, de 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e um total de 33.488 agentes.

Outras experiências como o Programa Médico de Família, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói (RJ), com estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba e com assessoria de técnicos cubanos, também influenciaram a decisão do Ministério da Saúde, em 1993, de criar o Programa Saúde da Família (PSF) que, assim como o PACS, estava institucionalmente vinculado à Coordenação de Saúde da Comunidade (Cosac), no Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde.

Em setembro de 1994, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o primeiro documento sobre o PSF, definindo o convênio entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, com o mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios. Para assinatura do convênio, era exigido que estivessem em funcionamento tanto o Conselho Municipal de Saúde quanto o Fundo Municipal de Saúde.

Nesse período, o PSF não representava uma proposta de substituição do PACS e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social – inicialmente, população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do IPEA e, posteriormente, municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil.

Em 1995, PACS e PSF foram transferidos da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), onde permaneceram até meados de 1999, quando novamente os programas mudaram de localização institucional para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS).

Em janeiro de 1996, o PSF passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos do SIA/SUS, porém de forma diferenciada: "a consulta do PSF equivalia ao dobro da consulta do SUS" (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 23). Nos documentos de 1997 e 1998, o PSF foi apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Documento do Ministério da Saúde, de 1997, respondendo às criticas de focalização, negava que o programa fosse um sistema de saúde pobre para pobres, com utilização de baixa tecnologia, afirmando o caráter do PSF como "modelo substitutivo da rede básica tradicional".

Portaria Ministerial, de dezembro de 1997, estabeleceu, no Plano de Metas do Ministério da Saúde, prioridade para o PACS e PSF e aprovou normas e diretrizes dos programas. Em 1998, com a implantação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996 (NOB-SUS 96), que estabeleceu o Piso de Atenção Básica (PAB), os programas ganharam novo impulso. O PAB fixo – recursos per capita/ano para a Atenção Básica – inaugurou a modalidade de transferência, de forma regular e automática, de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde,

possibilitando maior autonomia na gestão municipal e maior responsabilização do dirigente municipal com o atendimento à saúde dos munícipes. O PAB variável foi introduzido para incentivar a adoção, pelos municípios, de programas e estratégias para a organização da Atenção Básica, dentre os quais farmácia básica, vigilância sanitária, atendimento às carências nutricionais, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família.

Em dezembro de 1998, o PSF estava implantado em 1.219 municípios de 24 estados (ausente apenas em Roraima, Amapá e Distrito Federal), e contava com 3.119 equipes de Saúde da Família (ESF). A pesquisa "Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF", realizada pelo Ministério da Saúde entre abril e julho de 1999, identificou que 83% dos municípios pesquisados haviam implantado o programa entre 1997 e 1998. Apenas nos estados do Ceará e de Santa Catarina havia um número maior de municípios com implantação anterior a 1997 (BRASIL, 2000). Um ano depois, em dezembro de 1999, o PSF estava implantado em 1.870 municípios nas 27 unidades federadas (BRASIL, 2000a).

No entanto, ao longo de 1999, o Ministério da Saúde diagnosticou que o sucesso da implantação do PSF em grande número de municípios encobria a baixa cobertura de suas populações.

> Diante do risco de pulverização do programa e da criação de espaços privilegiados de assistência, sem, no entanto, incorporar-se ao sistema como estratégia substitutiva, e, em conseqüência, com baixa capacidade de provocar impacto nos indicadores municipais (SOUSA et al., 2000, p.11),

o Ministério da Saúde, a partir de novembro de 1999, reajustou os valores dos repasses e introduziu uma nova modalidade para o cálculo dos incentivos financeiros do PAB variável referente ao PSF, remunerando melhor os municípios com maior cobertura populacional das ESF. Em maio de 2000, os municípios com cobertura de, no mínimo, 70% de sua população haviam crescido em 42%. Em dezembro do mesmo ano, o PSF existia em 3.090 municípios e estavam constituídas 10.473 ESF, com uma cobertura de 22% da população brasileira, e 145.299 agentes comunitários de saúde atuavam em 4.610 municípios, envolvendo cerca de 51% da população do País (SOUSA et al., 2000, p. 11).

Em 1998, foi estruturado o Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab) para acompanhar a implementação e monitorar os resultados do PSF. O sistema é utilizado para coletar dados e orientar a avaliação e supervisão das atividades desenvolvidas. Dentre as informações do Siab são selecionados indicadores e marcadores de acompanhamento que possibilitam avaliar a produção e o desempenho das equipes, observando-se as prioridades de intervenção.

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. Tem como objetivo substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa reso-

lutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade.

A formulação da Estratégia Saúde da Família incorporou os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – desenvolvendo-se a partir da equipe de Saúde da Família (ESF) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. A Unidade de Saúde da Família (USF) é considerada como a porta de entrada e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada em uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2001e).

Recomenda- se que cada ESF assista de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 habitantes (limite máximo) e que cada agente comunitário de saúde da equipe acompanhe, aproximadamente, de 200 a 250 famílias, dependendo da densidade populacional e da facilidade de acesso à USF, responsabilizando-se por uma microárea onde residem de 440 a 750 pessoas (BRASIL, 2000b).

No desenvolvimento de suas atividades, a ESF, de característica multiprofissional, deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica. Atenção Básica foi definida, em documento do Ministério da Saúde (1999), como "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de Saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação".

Parece ser consensual que o PSF não encontra dificuldades de implementação em municípios de pequeno porte, com pequena ou nenhuma capacidade instalada, que não dispõem, portanto, de uma rede consolidada de assistência. No entanto, das avaliações realizadas, bem como da percepção advinda do acompanhamento rotineiro do PSF, foram detectados três grandes grupos de problemas para a sua implementação: os relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde, proposta denominada pelo Ministério da Saúde como de conversão de modelo; aspectos afetos à inserção e desenvolvimento de recursos humanos; e o monitoramento efetivo do processo e resultados do PSF, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação. Outro grupo de problemas está relacionado com a garantia da integralidade, considerada na dimensão da integração aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde.

Franco e Mehry incursionam pela história da Saúde Pública para identificar, em modelos anteriormente preconizados (medicina comunitária, cuidados primários em saúde), similaridades com a proposta do PSF. Dentre estas, apontam um mesmo ponto de partida nas diretrizes racionalizadoras, a pequena ênfase na atuação clínica e na saúde individual e a não incorporação do atendimento às urgências (FRANCO; MEHRY, 1999, p. 20-22).

Esses autores consideram também que "a ruptura com a dinâmica médico centrada, do modelo hegemônico de organização e forma de trabalho da equipe" requer mudanças "nos microprocessos de trabalho em saúde" (FRANCO; MEHRY, 1999, p. 25). Os autores avaliam criticamente o não atendimento da demanda espontânea, as visitas domiciliares compulsórias, a mitificação do médico generalista e o alto grau de normatividade na implementação do programa (FRANCO; MEHRY, 1999, p. 25-7). E, concluem:

> O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo (FRANCO; MEHRY, 1999, p. 32).

Esses elementos foram considerados, no desenho da pesquisa ora apresentada, na avaliação dos seguintes aspectos: processo de trabalho em equipe, articulação da demanda espontânea com a programada, presença de estratégias de acolhimento e análise da constituição dos vínculos entre a ESF e a comunidade adscrita.

No Relatório Final da 11.ª Conferência Nacional de Saúde, tanto PACS quanto PSF foram abordados em diversos tópicos (CNS, 2000). No referente ao modelo assistencial no SUS, os participantes manifestaram sua preocupação quanto ao risco desses programas tornarem-se "sobreposições de exercício do serviço de Atenção Básica", apontando que sua implementação trouxe vários tipos de demandas para o SUS "sem encontrar a contrapartida da integralidade e da resolutividade" (CNS, 2000, p. 3-6). Foram destacadas críticas à gestão do trabalho nos programas e à implantação heterogênea nas diversas regiões do País, todavia também foi identificado que:

> quando os municípios se valem da implantação do PACS/PSF para orientar a organização do sistema (...) deixa de ser necessária a intermediação por políticos ou cabos eleitorais no acesso a consultas, exames ou tratamentos mais complexos (CNS, 2000, p. 36-37).

Dentre as proposições para a organização da Atenção Básica à Saúde, os participantes deliberaram que:

> a Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde podem ser uma das estratégias adotadas para a estruturação de sistemas municipais de saúde (... e que), no caso de opção por essas estratégias como forma de organização, deverá ser garantida a sua adequação às necessidades e prioridades locais, sem modelos programáticos verticalizados, garantindo atuação de outros profissionais de saúde.

Afirmaram ainda a necessidade de garantir que "a Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde desenvolvam ações integradas com as demais políticas de saúde e com a rede de serviços" e, dentre outros, de "reduzir o número de famílias por equipe do PSF" (CNS, 2000, p. 124-5).

As observações contidas no Relatório Final da 11.ª Conferência Nacional de Saúde orientaram a inclusão, nos estudos de caso, de aspectos relativos à constituição do Saúde da Família como estratégia ou programa paralelo à rede básica preexistente, à integração da Atenção Básica na rede assistencial, à adequação das atividades realizadas de acordo com as necessidades locais e à execução de ações intersetoriais.

Dificuldades verificadas na implementação do PSF em municípios de pequeno e médio porte são potencialmente agravadas nas grandes cidades e metrópoles, considerando-se a existência de altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, agravos de saúde característicos dos grandes centros, oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, predominância de modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do entorno. Foi também observado que os incentivos financeiros que remuneram melhor os municípios com maior cobertura populacional não foram suficientes para favorecer a ampliação do PSF nas capitais, regiões metropolitanas e outras áreas de aglomerados urbanos (SOUSA et al., 2000, p. 12).

O Ministério da Saúde estabeleceu, em 2000, dentre as diretrizes orientadoras do PSF:

> induzir a expansão do programa nas regiões de aglomerados urbanos. São áreas onde existe maior oferta de serviços e de profissionais atuando no modelo tradicional, com concentração e irracionalidade na disponibilidade de recursos tecnológicos, gerando permanente elevação de custos e gastos com baixo impacto nos indicadores de saúde e nos níveis de satisfação da população. Por outro lado, estas são as áreas que necessitam imediata ampliação da agenda da Atenção Básica, voltando-se aos grupos mais vulneráveis. É necessário elevar a complexidade, incorporando tecnologias adequadas e, ao mesmo tempo, as ações de promoção de saúde, fortalecendo práticas e hábitos de vida saudável e trabalhando com enfoque intersetorial para enfrentar os problemas característicos do meio urbano, como saúde mental, violência, drogas, alcoolismo (SOUZA et al., 2000, p. 13).

Os principais desafios e as ações propostas para enfrentar esses aspectos foram ressaltados pelos secretários municipais de Saúde que, no I Encontro dos Secretários Municipais de Saúde das Capitais, em maio de 2001, na cidade do Rio de Janeiro, construíram uma Agenda de Trabalho com quatro eixos de intervenção: Organização e Gestão do PSF, Desenvolvimento de Recursos Humanos, Financiamento e Controle Social.

Essa agenda de trabalho mostrou-se convergente com a proposta do Ministério da Saúde de desenvolver o Projeto de Apoio à Implantação e Consolidação do PSF no Brasil (BRASIL, 2001b), posteriormente denominado Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf). Esse projeto, sob a responsabilidade do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) do Ministério da Saúde, objetiva apoiar a expansão e consolidação do PSF em grandes centros urbanos, caracterizados como municípios acima de 100 mil habitantes. Em 2000, existiam no Brasil 224 municípios com esse porte populacional, congregando parcela significativa da população brasileira.

A pesquisa "Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família (PSF) em Grandes Centros Urbanos – Dez Estudos de Caso" foi elaborada pelo Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz para oferecer subsídios ao desenvolvimento do Proesf, cuja equipe técnica selecionou os municípios a serem pesquisados, assim como indicou aspectos e variáveis a serem incluídos no projeto de investigação.

A amostra de municípios selecionados buscou incluir situações diversificadas de implantação do PSF, de forma a detectar o maior número de fatores que facilitavam e dificultavam o processo. A partir do critério geral de que os municípios tivessem acima de 100 mil habitantes, os demais critérios selecionaram experiências bem-sucedidas, municípios que apresentavam dificuldades ou singularidades e cidades nas quais o processo encontrava-se em fase inicial, seja da implantação do programa, seja de conversão do modelo de Atenção Básica.

Quadro 1: **Municípios selecionados segundo os grupos de critérios, PSF, Brasil, 2001**

Grupos de critérios	Municípios selecionados (UF)
Bom desempenho por indicadores selecionados e investimento institucional	Aracaju (SE) Camaragibe (PE)
Bom desempenho na reorganização da rede de atenção com criação de sistema de referência	Vitória (ES) Vitória da Conquista (BA)
Bem-sucedida com alta cobertura do PSF	Palmas (TO)
Fase inicial de mudança de modelo similar para PSF	Manaus (AM)
Dificuldades na implementação do PSF: programa paralelo e/ou ESF incompletas	Goiânia (GO) Brasília (DF)
Processo de implantação em fase inicial	São Gonçalo (RJ) Campinas (SP)

Fonte: Proesf/DAB/SPS/MS

Objetivos

Geral

Analisar fatores facilitadores e limitantes da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre a ESF e a comunidade, à conversão do modelo de atenção à saúde nas unidades básicas e à sua articulação com a rede de serviços de saúde.

Específicos

- Analisar o contexto político e institucional de implantação e desenvolvimento do PSF.
- Analisar os vínculos estabelecidos entre as ESF, as comunidades adscritas e as famílias atendidas.
- Estudar a operacionalização da conversão do modelo de Atenção Básica à Saúde, verificando avanços e limites na reorganização do trabalho e na substituição das práticas convencionais de assistência à saúde.
- Avaliar a conformação de uma rede integrada de serviços de saúde com o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência e a constituição da USF como porta de entrada.
- Conhecer e analisar os fatores facilitadores e dificultadores na implementação do PSF nos municípios.
- Apontar diretrizes e subsídios para análise dos planos de conversão, estudos iniciais e indicadores de acompanhamento do PSF nos municípios selecionados para o Proesf.

Metodologia

Diante dos objetivos da pesquisa, o método de estudos de caso foi o mais indicado, pois possibilita conhecer o fenômeno, adequadamente, a partir da exploração intensa de um único caso. "Este método objetiva a compreensão abrangente do grupo em estudo e, ao mesmo tempo, tenta desenvolver análises teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estrutura sociais". O estudo de caso tem que estar preparado para lidar com uma grande variedade de problemas teóricos e descritivos. "Os vários fenômenos revelados pelas observações do investigador têm que ser todos incorporados ao seu relato do grupo e em seguida receber atribuição de relevância teórica". A meta abrangente do estudo de caso, mesmo que não seja alcançada, prepara o investigador para lidar com descobertas inesperadas e "força-o a considerar as múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos que observa" (BECKER, 1997, p. 117-133).

O método de estudos de caso permite incorporar abordagens tanto quantitativas como qualitativas e diversas técnicas de observação, de obtenção de dados e de análise.

As principais características dos estudos de caso realizados foram a pesquisa, em profundidade, da singularidade de cada município, a abrangência – englobando caracterização demográfica, social, econômica e epidemiológica, processo de gestão com ênfase na análise de adesões e resistências dos atores, integração ao interior da SMS e na rede de serviços, controle social, financiamento, equipes de Saúde da Família e famílias usuárias do PSF – e o direcionamento a problemas detectados ou potenciais de grandes centros urbanos.

A partir da demanda do Ministério da Saúde, com municípios selecionados e variáveis priorizadas, o processo de pesquisa foi desenvolvido em sete fases: elaboração do projeto e dos instrumentos de pesquisa, realização de dois estudos piloto em Vitória da Conquista (BA) e Goiânia (GO), elaboração de relatórios parciais e finais dos estudos piloto apresentados e discutidos com a equipe técnica do Proesf, reformulação dos instrumentos de pesquisa e criação de novos instrumentos, pesquisa de campo em oito municípios – em seis foram realizados estudos integrais e em Campinas (SP) e São Gonçalo (RJ) os estudos foram parciais –, elaboração de relatórios parciais (seis) e finais (oito), consolidação das informações dos dez municípios pesquisados e análise dos fatores que facilitaram e os que dificultaram o processo de implementação do PSF nos dez municípios, com apresentação de recomendações.

Estudos dos municípios

Contato inicial

Os estudos foram iniciados a partir de contato com os responsáveis do PSF no município e envio de correspondência, na qual era apresentado o projeto de pesquisa, eram solicitados uma lista previamente elaborada de documentos e o preenchimento do instrumento de Informações Básicas, e era agendada a visita inicial ao município.

Visita inicial

Realizada por duas integrantes da equipe de coordenação da pesquisa, durante três dias, e orientada por Roteiro de Visita. Os objetivos eram apresentar a pesquisa e suas fases de desenvolvimento, conhecer e sensibilizar o secretário municipal de Saúde, integrantes da coordenação do PSF e outros membros da equipe gestora municipal, obter os documentos previamente solicitados, entrevistar o secretário municipal de Saúde, selecionar os gestores e conselheiros municipais de Saúde que seriam entrevistados, preencher o instrumento de Informações Básicas, identificar o universo de profissionais das ESF, selecionar equipes e microáreas para sorteio das famílias de usuários a serem entrevistados e visitar diversos tipos de unidades de saúde locais (USF novas, unidades compartilhadas, ESF 'inquilinas' de centros de saúde tradicionais, etc.).

O instrumento de Informações Básicas visava a conhecer: composição e perfil da coordenação do PSF; composição político-partidária municipal; histórico da descentralização; capacidade instalada do PSF (equipes, número e tipo de unidades); número de ESF por unidade, cobertura municipal do PSF; número de profissionais existentes nas ESF e no PSF por categoria profissional; número de ESF completas (padrão MS), incompletas e ampliadas; vínculos e salários por categoria profissional nas ESF e na rede de Atenção Básica tradicional; e características das ESF segundo critérios estabelecidos para seleção das famílias a entrevistar.

Caracterização do município

Desde o início da pesquisa e de forma paralela à realização das visitas, foram efetuados levantamentos de informações em diversos bancos de dados de diferentes instituições (IBGE, Datasus, Ripsa, Siab) visando à caracterização do município em relação aos aspectos demográficos, socioeconômicos, às causas de mortalidade e de internação hospitalar, e ao sistema municipal de Saúde. O levantamento da bibliografia existente sobre o tema foi realizado nos acervos da Fiocruz, do Ministério da Saúde e da Bireme.

Trabalho de campo

Constituído por: realização de entrevistas semi-estruturadas com gerentes da secretaria municipal de Saúde e do PSF e com conselheiros municipais de Saúde representantes dos usuários; aplicação de questionários autopreenchidos para os integrantes das equipes de Saúde da Família e questionário aplicado, por entrevistador, em famílias usuárias do PSF.

Entrevistas semi-estruturadas com o gestor e gerentes municipais (oito a dez)

Realizadas por pesquisador assistente, gravadas e editadas, preenchendo o roteiro com as informações recebidas. O número e a composição dos entrevistados variaram na dependência da estrutura organizacional da secretaria municipal de Saúde: coordenadores municipais da Saúde da Família (um a três integrantes), Atenção Básica, Atenção Hospitalar, Saúde Coletiva, Recursos Humanos ou responsável por órgão contratante, Coordenação Estadual do PSF e do Pólo de Capacitação ou responsável municipal pela capacitação das ESF.

As entrevistas realizadas com os secretários municipais de Saúde e com coordenadores do PSF foram orientadas por roteiro estruturado em torno de cinco tópicos:

- Processo de implantação do PSF – antecedentes, motivações, contexto político-institucional, posicionamento de atores no momento da implantação e situação atual, estratégias utilizadas e etapas de implantação.

- Organização e gestão do PSF – coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação, desenvolvimento e utilização do Siab.

- Integração à rede assistencial e conversão do modelo de Atenção Básica – criação de USF e transformação de unidades básicas de saúde em USF, estratégias de integração do PSF à rede de serviços, mecanismos de referência e contra-referência, resultados da experiência de integração, principais dificuldades e ajustes necessários para a constituição de uma rede integrada de serviços de saúde.

- Gestão e capacitação de recursos humanos – modalidades de seleção, processos de contratação, estratégias utilizadas para atrair e fixar recursos humanos, rotatividade dos integrantes das ESF e modalidades de capacitação para o PSF.

- Fatores limitantes e facilitadores para implementação e desempenho adequado do PSF – condições relacionadas à capacidade institucional (gerencial, estrutura física e recursos humanos), perspectivas e condições necessárias para a expansão do PSF, avaliação do entrevistado sobre dificuldades atuais para efetivação do programa, aspectos positivos da implantação e impacto da implementação do PSF em indicadores selecionados.

As entrevistas com os demais gerentes municipais seguiram roteiros contendo alguns tópicos comuns, acrescidos de itens específicos sobre o papel do setor correspondente no desenvolvimento e integração do PSF.

Entrevistas com dois Conselheiros Municipais de Saúde representantes dos usuários

Realizadas por assistente de pesquisa com dois conselheiros selecionados com o apoio de gestores municipais e/ou da secretaria-executiva do Conselho Municipal de Saúde (CMS), considerando os critérios de maior tempo de atuação (mínimo de um ano) e com prioridade para representantes de associações de bairro ou movimentos locais de moradores. As entrevistas estavam estruturadas em torno de três tópicos:

- Conselho Municipal de Saúde: funcionamento, processos de deliberação, papel desempenhado pelo CMS na política municipal de saúde, articulação de interesses e parcerias.
- Papel do Conselho Municipal de Saúde no processo de implementação e acompanhamento do PSF.
- Características da entidade representada e da representatividade do conselheiro.

Questionários de autopreenchimento para os integrantes das Equipes de Saúde da Família

Distribuídos e preenchidos com o apoio de dois assistentes de pesquisa de campo, submetidos a um extenso e rigoroso programa de treinamento. Foi realizada cobertura censitária das ESF em cinco municípios e amostras representativas nos municípios de Manaus (AM), Aracaju (SE) e na cidade Brasília (DF), englobando 2.955 integrantes das ESF, dos quais 2.576 responderam os questionários, ou seja, com perda de cerca de 13%. Em Campinas (SP) e São Gonçalo (RJ), as ESF não foram estudadas, pois no momento da demanda da pesquisa o programa ainda não estava implantado nesses municípios. Foram construídos três instrumentos de pesquisa específicos para profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e odontólogos), auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, estruturados ao redor de seis tópicos:

- Perfil – idade, sexo, escolaridade e experiência anterior de trabalho.
- Inserção e capacitação no PSF.
- Trabalho em equipe.
- Avaliação da integração do PSF na rede dos serviços de saúde.
- Estabelecimento e valorização de vínculos com a comunidade.

- Observações livres sobre fatores positivos e negativos da prática profissional no PSF.

Questionário aplicado em 240 famílias usuárias do PSF

Aplicado por cinco assistentes de pesquisa de campo, submetidos a um extenso e rigoroso programa de treinamento. As famílias entrevistadas foram selecionadas, entre a população cadastrada do PSF, em processo composto por três etapas que considerou os seguintes procedimentos:

- Definição do universo de oito ESF, realizado com a coordenação municipal do PSF ou de Atenção Básica, a partir da escolha intencional de quatro equipes consideradas como bem-sucedidas e quatro equipes que apresentavam dificuldades. Para a escolha das ESF, foram utilizados dois ou mais critérios valorados em relação ao modelo proposto – acesso geográfico aos serviços de saúde, integração à rede de serviços de saúde, atuação intersetorial e parcerias com outras instituições, vínculos com a comunidade e adesão da população.

- Para cada ESF selecionada, foi realizado procedimento aleatório simples (sorteio) de três microáreas, a partir dos agentes comunitários de saúde.

- Em cada microárea, foram sorteadas ou escolhidas, de forma sistemática, dez famílias a partir dos cadastros familiares fornecidos pelos ACS, totalizando 30 famílias por ESF.

O questionário destinado às famílias usuárias do PSF foi estruturado em cinco tópicos:

- Caracterização detalhada da unidade familiar e do domicílio, visando a identificar vulnerabilidades sociais e econômicas.

- Participação em grupos comunitários, utilização de meios de informação, identificação de problemas prioritários da comunidade e conhecimento e participação em Conselhos de Saúde.

- Identificação da situação de saúde, problemas relacionados com violência e acidentes, e atendimento usual aos problemas de saúde.

- Conhecimento e utilização do PSF, com ênfase na avaliação das atividades realizadas por ACS e no acompanhamento de portadores de doenças crônicas em geral, de hipertensão arterial e de diabetes, e de situações de vida priorizadas – gestantes e crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 2 anos de idade. Esse tópico incluía também o conhecimento da localização da USF, facilidade de acesso, freqüência de contato com profissionais das ESF, atendimentos recebidos no mês anterior, com avaliação do profissional, e necessidade de encaminhamento, acesso a exames laboratoriais e medicamentos, existência de problemas nos atendimentos por tipos de profissional e de problemas.

- Avaliação em geral do PSF, comparação com o atendimento recebido anteriormente em unidades básicas de saúde, atividades realizadas nas USF e satisfação com o PSF, propostas de mudanças e de incorporação de atividades.

Especificidades dos estudos piloto

A realização da pesquisa em Vitória da Conquista (BA) e Goiânia (GO), no segundo semestre de 2001, serviu como teste das técnicas e instrumentos utilizados, possibilitando identificar a necessidade de modificações. As especificidades desses estudos respondem pelas diferenças por vezes encontradas nas respostas quando comparadas aos demais municípios pesquisados. Em Vitória da Conquista (BA) e Goiânia (GO): não foram entrevistadas a coordenação estadual do PSF e do Pólo de Capacitação; foi utilizado um único instrumento para auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde; e foram entrevistadas apenas 100 famílias usuárias do PSF adscritas a quatro ESF, embora estas tivessem sido selecionadas utilizando-se os mesmos critérios indicados para os demais municípios. O instrumento utilizado para entrevistar as famílias usuárias do programa precisou ser posteriormente modificado, sobretudo nos itens de avaliação da capacidade dos ACS realizarem as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, durante as visitas domiciliares, e nas perguntas sobre o atendimento de grupos prioritários.

Processamento dos dados, crítica dos resultados e elaboração das tabelas

O procedimento geral utilizado para processamento de dados e crítica dos resultados obtidos, tanto nos questionários dos integrantes das ESF quanto nos aplicados às famílias usuárias do PSF, consistiu de: inspeção visual da produção de cada entrevistador antes da digitação dos dados, de modo a detectar e corrigir erros estruturais; codificação das perguntas abertas de acordo com dicionários de códigos preparados e atualizados durante o trabalho; entrada de dados em microcomputadores, com crítica de validação dos campos durante a digitação; e crítica de consistência dos dados, incluindo verificação da codificação, da digitação e da consistência entre as variáveis, para correção pontual dos erros detectados.

Para a entrada de dados e crítica, foi utilizado o Integrated Microcomputer Processing System (IMPS, versão 3.1), desenvolvido pelo Centro Internacional de Programas Estatísticos do United States Bureau of the Census. O IMPS permite, a partir de dicionários de dados previamente definidos, validar os códigos das variáveis categorizadas e os intervalos aceitáveis para variáveis quantitativas durante a digitação dos dados. Além disso, o IMPS possibilita verificar um conjunto de regras de consistência entre as variáveis, tornando mais simples a crítica de suas relações. Dotado de grande capacidade de migração para outras plataformas, com o IMPS é também possível submeter, com facilidade, o material por ele processado a outros programas de tratamento de dados.

As respostas às perguntas abertas, admitidas pelos instrumentos de coleta de dados, foram submetidas à análise categorial e codificadas por especialistas em análise de conteúdo. A entrada de dados

foi realizada de forma paralela ao trabalho de campo, começando imediatamente após a finalização da codificação dos roteiros correspondentes às primeiras entrevistas.

Para orientar a tabulação dos dados, foi elaborado um plano tabular que cobre toda a informação coletada. Inicialmente, as tabelas foram elaboradas na ordem prevista pelo roteiro de entrevista e, posteriormente, reordenadas para dar uma forma mais adequada aos relatórios de pesquisa.

Sistematização e análise das informações dos estudos de caso

O conjunto de informações foi sistematizado, analisado, tendo por referência o Plano de Análise dos Estudos de Caso, previamente elaborado, e apresentado em oito partes:

- Principais características da população, do Sistema de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde.

- Processo de implementação do PSF – antecedentes, processo de implantação, caracterização geral do processo e etapas de implementação, coordenação municipal do Saúde da Família, integração à rede, controle social, financiamento e propostas de expansão e consolidação.

- Organização do trabalho e práticas assistenciais das equipes de Saúde da Família – perfil dos profissionais das ESF, gestão de recursos humanos do PSF, modalidades de inserção dos profissionais no PSF, capacitação das ESF, supervisão dos profissionais das ESF, trabalho em equipe e vínculos entre ESF e população adscrita.

- Caracterização, conhecimento e utilização do PSF por famílias entrevistadas – características de vulnerabilidade das unidades familiares e domicílios adscritos ao PSF, identificação de problemas prioritários e da situação de saúde no bairro, conhecimento e utilização do PSF.

- Acesso das famílias usuárias do PSF ao atendimento à saúde – utilizando os dados do Siab (quando disponíveis para um período mínimo de um ano), das entrevistas com gestores e questionários dos integrantes das ESF e das famílias usuárias do PSF pesquisados.

- Avaliação do PSF por gestores, profissionais das ESF e famílias usuárias – apresenta a percepção dos gestores, profissionais e famílias quanto à acessibilidade e garantia de atenção integral.

- Síntese dos principais resultados.

- Conclusões da avaliação do processo de implementação do PSF, organizadas segundo eixos de análise, com ênfase nos aspectos que facilitaram e aqueles que dificultaram o processo no município.

Síntese das informações dos estudos de caso

A partir dos eixos de análise e indicadores selecionados com recomendações para os processos de implementação do PSF em grandes centros urbanos, apresentada a equipe técnica do Proesf e integrantes do DAB/SPS/MS.

Elaboração de consolidado dos dez estudos de caso

Na presente publicação, são apresentados os principais resultados dos estudos de caso. Foram sintetizados alguns dos aspectos mais relevantes e selecionados variáveis e indicadores, cuja análise fundamentou a elaboração das recomendações quanto aos aspectos que facilitam e aqueles que dificultam a implementação do PSF em grandes centros urbanos.

Os principais resultados apresentados a seguir foram organizados por eixos de análise: características municipais e contexto político-institucional da implantação, estratégias de implementação, características de vulnerabilidade das famílias usuárias do PSF pesquisadas, controle social, integração do PSF à rede de serviços de saúde, reestruturação da rede de serviços de saúde, integralidade da atenção, trabalho em equipe dos profissionais de saúde, vínculos estabelecidos entre profissionais das ESF e famílias adscritas, e desenvolvimento local do PSF em relação às normas e padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Eixos de análise

Características municipais e contexto político-institucional da implantação

Este eixo permite identificar, de forma abrangente, o contexto municipal que condiciona o desenvolvimento do PSF. Os resultados apresentados visam a caracterizar, de forma sintética, aspectos demográficos e epidemiológicos, oferta e produção de serviços de saúde, financiamento do setor Saúde (a partir de dados obtidos no Siops) e o contexto político-institucional da implantação e desenvolvimento do PSF nos municípios. Sobre este último tópico são analisados os processos de aprendizado institucional das secretarias municipais de Saúde, o posicionamento dos diversos atores no momento da implantação do PSF e no momento da pesquisa, e as estratégias utilizadas para ampliação da base de apoio.

Características demográficas

Os dez municípios apresentaram grandes diferenças de porte populacional. A tipologia estabelecida por Silva (2001) agrupou os grandes centros urbanos, segundo porte populacional, em apenas três grupos: entre 100 e 200 mil habitantes – Camaragibe (PE) e Palmas (TO) –, entre 200 e 500 mil habitantes – Vitória da Conquista (BA), Vitória (ES) e Aracaju (SE) – e acima de 500 mil habitantes – São Gonçalo (RJ), Campinas (SP), Manaus (AM), Goiânia (GO) e Brasília (DF).

Entretanto, na análise das características dos grandes centros urbanos, além de complexificar a tipologia, parece ser necessário criar novas subdivisões de porte populacional. No caso dos municípios estudados, é importante distinguir as cidades de 500 mil a 1 milhão de habitantes (São Gonçalo e Campinas), de 1 a 2 milhões de habitantes (Goiânia) e acima de 2 milhões de habitantes (Brasília). Este último grupo que, em 2000, continha populações de 10.434.252 em São Paulo (SP) e 5.857.904 no Rio de Janeiro (RJ), em estudos de abrangência nacional, poderá exigir novas subdivisões.

Quanto à territorialidade, a amostra continha municípios de todas as regiões do Brasil, exceto Sul. As cidades estudadas eram integral ou essencialmente urbanas, excetuando-se Vitória da Conquista, com cerca de 14% de sua população habitando em zona rural.

A densidade demográfica também deve ser considerada para efeito de acesso aos serviços de saúde, e, nesse aspecto, os dez grandes centros urbanos apresentaram importantes diferenças, entre 55,72 hab./km^2, em Palmas (TO) e 3.550,27 hab./km^2, em São Gonçalo (RJ). As densidades demográficas criam distinções no interior dos próprios grupos, segundo porte populacional, como, por exemplo, no grupo de municípios entre 100 e 200 mil habitantes, integrados por Camaragibe (PE) e Palmas (TO), as densidades demográficas foram de 2.680 e 56 hab./km^2, respectivamente.

A análise da densidade demográfica permitiu criar cinco grupos: inferior a 100 hab./km^2 – Palmas (TO) e Vitória da Conquista (BA); entre 100 e 500 hab./km^2 – Manaus (AM) e Brasília (DF); entre 1.000 e 2.000 hab./km^2 – Campinas (SP) e Goiânia (GO); entre 2.000 e 3.000 hab./km^2 – Camaragibe (PE) e Aracaju (SE); e acima de 3.000 hab./km^2 – Vitória (ES) e São Gonçalo (RJ).

Capitais e cidades das regiões metropolitanas devem ser analisadas considerando os fluxos populacionais metropolitanos e não apenas os municipais. Cinco dos municípios são capitais, dois integram regiões metropolitanas e um constitui o próprio Distrito Federal. Portanto, apenas duas cidades – Vitória da Conquista (BA) e Campinas (SP) – poderiam ser denominadas de cidades do interior do estado, embora guardem entre si grandes diferenças de porte populacional e de desenvolvimento socioeconômico.

Quadro 2: **População total, características demográficas, geográficas e político-administrativas dos dez grandes centros urbanos, Brasil, 2000**

Município	UF	Região	População total	População urbana (%)	Densidade hab./km2	Tipo
Camaragibe	PE	Nordeste	128.702	100,0	2.681,29	Reg. Metropolitana
Palmas	TO	Norte	137.355	97,7	55,72	Capital
Vitória da Conquista	BA	Nordeste	262.494	85,9	81,94	-
Vitória	ES	Sudeste	292.304	100,0	3.284,31	Capital
Aracaju	SE	Nordeste	461.534	100,0	2.549,91	Capital
São Gonçalo	RJ	Sudeste	891.119	100,0	3.550,27	Reg. Metropolitana
Campinas	SP	Sudeste	969.396	98,3	1.217,83	-
Goiânia	GO	Centro-Oeste	1.093.007	99,3	1.471,96	Capital
Manaus	AM	Norte	1.405.835	99,4	123,23	Capital
Brasília	DF	Centro-Oeste	2.051.146	95,6	353,52	Distrito Federal

Fonte: IBGE – Cidade@, Censo Demográfico 2000.

Em todos os municípios pesquisados, exceto Palmas, havia predominância de mulheres (mais acentuada em Aracaju, onde a população feminina correspondia a 53% da população). Em Palmas, havia discreto predomínio da população masculina (51%). A maioria dos municípios também apresentou predominância de população jovem, principalmente Vitória da Conquista e Manaus, onde a população com até 24 anos correspondia a 56%. Apenas em Vitória, São Gonçalo e Brasília menos de 50% dos habitantes eram jovens.

Características epidemiológicas

A análise da mortalidade geral por principais grupos de causas nos dez grandes centros urbanos, em 1998, quando comparada ao cenário nacional do mesmo ano, revelou especificidades importantes em todos os municípios, exceto em Brasília, onde essa distribuição foi semelhante à nacional. É motivo de preocupação a presença de "causas mal definidas" entre as cinco primeiras causas de óbito em Vitória e São Gonçalo e, particularmente, em Manaus e Palmas, onde constituíam, respectivamente, o primeiro e o segundo grupo de causas de óbitos mais freqüentes.

Afecções originadas no período perinatal, que, muitas vezes, estão relacionadas ao precário acompanhamento pré-natal e atenção ao parto, e que não figuram entre os cinco principais grupos de óbitos no Brasil, ocupavam, em 1998, o segundo lugar em Aracaju e o quarto em Manaus.

Entre todos os municípios pesquisados, o perfil de mortalidade segundo os principais grupos de causas, em 1998, era mais grave em Palmas, que tinha causas externas como primeira causa de morte, mortes por causas mal definidas como segunda e afecções originadas no período perinatal como terceira.

Outras situações que distinguiram os municípios pesquisados, em comparação com o quadro nacional, foram: em Camaragibe (PE), o terceiro grupo de causas de óbitos eram as doenças respiratórias, grupo que no mesmo ano constituía, no Brasil, o quarto principal grupo de causas de mortes; em Vitória da Conquista (BA) e Aracaju (SE), as doenças infecciosas e parasitárias estavam em terceiro lugar, enquanto no País como um todo, essas doenças constituíam o quinto grupo de causas de óbitos; e, em Vitória (ES), Campinas (SP) e Goiânia (GO), as neoplasias ocupavam o segundo lugar, com percentuais de óbitos por essa causa superiores ao nacional.

Por outro lado, em um perfil nacional que combina, entre os cinco principais grupos de causas de óbito doenças crônico-degenerativas, causas externas e doenças infecciosas e parasitárias, alguns municípios, como Palmas (TO) e Aracaju (SE), chamam a atenção pela ausência de neoplasias entre os cinco primeiros grupos de causas de óbitos, enquanto outros, como Camaragibe (PE), Palmas (TO), Vitória (ES), São Gonçalo (RJ), Campinas (SP) e Manaus (AM) se destacam pela ausência entre os cinco principais grupos de óbitos das doenças infecciosas e parasitárias.

Quadro 3: **Mortalidade geral pelos cinco principais grupos de causas, dez grandes centros urbanos, Brasil, 1998**

Município	Doenças do aparelho circulatório	Causas externas	Neoplasias	Doenças do aparelho respiratório	Doenças infec. e parasit.	Sintomas, sinais anormais clínicos e lab.	Afecções orig. do período perinatal
Camaragibe[1]	1.ª	2.ª	4.ª	3.ª	-	-	-
Palmas	4.ª	1.ª	-	5.ª	-	2.ª	3.ª
Vitória da Conquista	1.ª	2.ª	5.ª	4.ª	3.ª	-	-
Vitória	1.ª	3.ª	2.ª	4.ª	-	5.ª	
Aracaju	1.ª	4.ª	-	5.ª	3.ª	-	2.ª
São Gonçalo	1.ª	2.ª	5.ª	4.ª	-	3.ª	-
Campinas[2]	1.ª	3.ª	2.ª	4.ª	-	-	-
Goiânia	1.ª	3.ª	2.ª	4.ª	5.ª	-	-
Manaus	3.ª	2.ª	5.ª	-	-	1.ª	4.ª
Brasília	1.ª	2.ª	3.ª	4.ª	5.ª	-	-

Fonte: Datasus/SIM
[1] O 5.° principal grupo de causas de óbitos foi das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.
[2] O 5.° principal grupo de causas de óbitos foi das doenças do aparelho digestivo.

A comparação da mortalidade proporcional por faixas etárias selecionadas, observadas nos municípios pesquisados, com a média nacional, em 1998, permite observar taxas inferiores de óbitos em menores de 1 ano e entre 1 e 4 anos de idade em Camaragibe, São Gonçalo e Campinas. Nos demais municípios pesquisados, as proporções de óbitos em menores de 1 ano foram superiores à média nacional: discretamente em Vitória, Goiânia, Vitória da Conquista e Brasília; e cerca do triplo da proporção nacional em Aracaju, Manaus e Palmas. Palmas apresentou a maior proporção de óbitos de menores de 1 ano (25%).

Em relação à proporção de óbitos de crianças entre 1 e 4 anos, verificou-se taxas mais elevadas que a nacional: discretamente superiores em Vitória da Conquista, Vitória, Goiânia e Brasília; e cerca do dobro em Palmas, Aracaju e Manaus.

A maior parte dos municípios pesquisados apresentou proporções menores de óbitos em pessoas com 60 e mais anos de idade quando comparadas à taxa nacional, exceto em Camaragibe, onde esta foi discretamente superior, e em São Gonçalo, onde foi similar à média nacional.

Tabela 1: **Mortalidade proporcional (%) por faixas etárias selecionadas, dez grandes centros urbanos, Brasil, 1998**

Município	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	60 e mais anos
Camaragibe	2,5	0,5	56,2
Palmas	24,8	2,9	28,9
Vitória da Conquista	10,5	1,8	51,3
Vitória	9,4	1,8	44,1
Aracaju	19,0	3,0	41,0
São Gonçalo	4,6	0,7	54,8
Campinas	5,3	1,1	51,5
Goiânia	9,1	1,7	45,9
Manaus	19,4	3,6	38,4
Brasília	10,8	1,9	41,7
Brasil	7,8	1,4	54,3

Fonte: Datasus/SIM e MELLO JORGE et al., 2001.

Em 1998, em todos os municípios pesquisados, exceto Camaragibe, o principal motivo das internações hospitalares foi gravidez, parto e puerpério, variando entre um máximo de 50% em Manaus e um mínimo de 20% em Vitória da Conquista e Vitória. Em Camaragibe, gravidez, parto e puerpério constituíram o segundo grupo de causas (12%) devido à existência, no município, de alta concentração de leitos psiquiátricos de referência estadual. Por conseqüência, em Camaragibe, transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis por 53% das internações hospitalares, taxa muito superior a de São Gonçalo (7%), outro dos municípios pesquisados que também apresentava esse grupo entre as cinco principais causas de internação.

As doenças do aparelho respiratório constituíam a segunda principal causa de internação em cinco dos grandes centros urbanos pesquisados, e este grupo integrava as cinco primeiras causas de internação em todos os municípios, exceto Camaragibe, com percentuais que variaram entre 21%, em São Gonçalo, e 7%, em Manaus. As doenças do aparelho digestivo também estavam presentes entre as cinco principais causas de internação hospitalar em todos os municípios, exceto Camaragibe e Vitória da Conquista, com taxas entre cerca de 10%, em Vitória, e 5%, em São Gonçalo.

O quarto grupo mais presente entre as cinco primeiras causas de internação hospitalar em 1998, nos municípios estudados, estava composto por doenças do aparelho circulatório, variando entre um máximo de 13%, em São Gonçalo, e um mínimo de 6%, em Camaragibe, e sem compor este quadro nos municípios de Palmas, Vitória da Conquista, Aracaju e Manaus. As lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas também estavam entre as cinco principais causas de internação hospitalar em seis dos dez grandes centros urbanos, variando entre 11%, em Aracaju, e 6%, em Manaus. Em Vitória da Conquista, São Gonçalo, Campinas e Manaus, esse grupo não integrava o quadro das cinco principais causas de internação.

Em Vitória da Conquista, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas representaram o terceiro grupo de causas de internação hospitalar, com percentuais muito superiores (cerca de 14%) aos apresentados nas demais cidades estudadas, onde variaram entre 5%, em São Gonçalo, e 1%, em Palmas.

O grupo de algumas doenças infecciosas e parasitárias foi responsável por 8% das internações hospitalares em Vitória da Conquista e 5% em Manaus, Vitória e Aracaju, mas apenas nos dois primeiros municípios citados estavam entre as cinco principais causas de internação hospitalar. Em Campinas, cerca de 10% das internações hospitalares realizadas em 1998 foram devido ao grupo das neoplasias, ocupando o segundo principal motivo de internação neste município. Nas demais cidades estudadas, as internações por neoplasias variaram entre 7%, em Vitória, e menos de 1%, em Camaragibe e Palmas.

Quadro 4: **Internações por principais grupos de causas, dez grandes centros urbanos, Brasil, 1998**

Principais grupos de causas de internação	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	São Gonçalo	Campinas	Goiânia	Manaus	Brasília
XV. Gravidez, parto e puerpério	12,1	40,6	19,7	20,0	30,6	29,8	24,1	18,8	50,3	37,7
V. Transtornos mentais e comportamentais	53,0	0,0	1,2	1,2	3,8	6,8	5,2	7,4	1,5	3,8
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	9,8	10,9	5,7	7,9	11,1	4,3	5,9	7,6	5,8	3,8
IX. Doenças do aparelho circulatório	6,0	3,6	4,2	7,5	5,1	13,4	7,3	10,0	3,3	6,6
XIII. Doenças do osteomolecular e tecido conjuntivo	3,2	2,1	1,4	2,5	2,1	1,2	2,5	2,1	1,4	1,2
X. Doenças do respiratório	2,0	10,3	15,4	12,6	9,3	21,4	8,6	13,2	7,1	10,0
XI. Doenças do digestivo	2,3	8,6	5,1	9,8	9,4	5,2	7,5	8,1	8,4	7,8

continua...

...continuação

Principais grupos de causas de internação	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	São Gonçalo	Campinas	Goiânia	Manaus	Brasília
XIV. Doenças do genitourinário	2,8	7,9	6,9	6,3	5,6	3,5	7,3	4,8	4,1	5,0
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1,7	1,3	13,8	1,5	2,3	4,8	1,8	2,7	1,5	1,9
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0,8	3,5	8,0	5,0	5,0	2,7	4,3	4,3	5,0	2,8
II. Neoplasias	0,6	0,8	3,0	7,4	3,6	0,8	9,9	5,3	2,7	3,8

Fonte: Datasus – SIH/SUS

Oferta e produção de serviços de saúde

Características da capacidade instalada em termos de disponibilidade de oferta e produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, bem como o estágio do processo de descentralização, com assunção de responsabilidades mais ampliadas ou restritas pelo gestor municipal, consubstanciado na condição de habilitação municipal, condicionam a implementação do PSF nos municípios, uma vez que agregam facilidades ou limitações para integração do programa à rede assistencial e para conversão do modelo de Atenção Básica.

A seguir, apresentam-se algumas informações selecionadas do Datasus sobre a oferta e produção de serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS nos municípios estudados.

A rede ambulatorial do SUS é classificada, no Datasus, segundo níveis de hierarquia, reunindo os serviços conforme complexidade.[1] Em termos gerais, nessa classificação, os níveis 1 e 2 correspondem à Atenção Básica, os níveis 3, 4 e 6 à atenção especializada e os níveis 7 e 8 agregam serviços de alta complexidade de referência. No quadro 5, observa-se que a rede ambulatorial localizada nesses grandes municípios abrange, em geral, unidades de todos os níveis, exceto o nível 8, e que há grande variação entre municípios na distribuição das unidades ambulatoriais por níveis de hierarquia.

Os níveis que somam a metade das unidades ambulatoriais estão assinalados no quadro, observando-se que englobam os níveis 1, 2 e 3 de menor complexidade. Manaus (75%) e Camaragibe (70%)

[1] Segundo classificação do Datasus, o nível 1 inclui unidades de menor complexidade do sistema que executam as atividades básicas de atenção em saúde. O nível 2 inclui também procedimentos de média complexidade e/ou Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT) de menor complexidade. O nível 3 oferece assistência especializada, podendo ou não incluir as atividades dos níveis 1 e 2. O nível 4 inclui ações ambulatoriais de maior complexidade. O nível 5 inclui ambulatórios de hospitais que oferecem, além das atividades do nível 1 e 2, internações nas especialidades básicas. O nível 6 é integrado por ambulatórios de hospitais que, além dos procedimentos dos níveis 1, 2, 3 e 5, inclui consultas em especialidades médicas e odontológicas e SADT de média complexidade. O nível 7 inclui as atividades dos níveis 1, 2, 3, 4 e 6 e SADT de alta complexidade. O nível 8 é composto por hospitais que são referência nacional, ambulatórios de hospitais de ensino e referência para transplantes ou referência estadual para procedimentos de alta complexidade.

são os municípios que contam com maior proporção de unidades básicas (níveis 1 e 2), Brasília (7%), Vitória (30%) e Aracaju (34%) apresentam as menores proporções, estando suas redes constituídas, em grande parte, por unidades dos níveis 3 e 4 classificadas como de média complexidade. Quanto à alta complexidade, observa-se um número reduzido em Aracaju e Vitória da Conquista, ou mesmo a ausência desse tipo de unidades em Camaragibe. Essa disponibilidade diferenciada de oferta de média e alta complexidade condiciona as possibilidades de garantia de referência para o PSF. A insuficiência de serviços especializados pode ser fator de estrangulamento em municípios com programas consolidados.

A relação do número de unidades ambulatoriais por dez mil habitantes é, em geral, menor nos municípios maiores, variando de cinco unidades em Palmas a menos de uma em Brasília. Isso se explica, em parte, pela maior concentração de unidades nos níveis 2 e 3, que, em geral, nos grandes centros urbanos, agregam serviços com maior número de profissionais. Não se descarta, contudo, a hipótese de insuficiência de oferta mesmo no nível primário em algumas dessas cidades.[2]

Quadro 5: Rede ambulatorial do SUS por nível de hierarquia e unidades por dez mil habitantes, dez grandes centros urbanos, Brasil, dezembro 2001

Município	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 6	Nível 7	Nível 8	*Total	Unid./ 10 mil hab.
Camaragibe	1	35	6	7	1	–	–	51	4
Palmas	30	5	19	9	2	1	–	67	5
Vitória da Conquista	36	25	4	22	14	2	1	105	4
Vitória	2	23	22	26	1	6	–	81	3
Aracaju	47	7	30	64	6	3	–	158	3
São Gonçalo	56	3	9	9	2	7	1	123	1
Campinas	–	50	23	14	2	3	6	100	1
Goiânia	144	63	73	117	26	9	11	443	4
Manaus	205	57	23	42	15	6	2	351	2
Brasília	4	3	68	10	1	13	5	106	1

Fonte: Datasus – SIA/SUS; MS, 2001d.
Obs.: nos municípios selecionados não foram classificadas unidades no nível 5.
* Somadas as unidades classificadas como nível de hierarquia indevido e excluídas as unidades classificadas como sem orçamento. Essas unidades não recebem pagamentos, significando que estão inativas para o SUS.
Legenda – assinalados níveis de complexidade de metade das unidades ambulatoriais existentes no município.

[2] Não há parâmetro nacionalmente definido para a relação unidades ambulatoriais por população. Esta é apenas uma estimativa simplificada, uma vez que estão contabilizadas unidades de tamanhos e capacidades resolutivas muito distintas. Cabe ainda lembrar que no cadastro do Datasus uma mesma unidade pode ser inserida mais de uma vez, como, por exemplo, no caso de pronto atendimento 24 horas funcionando em Centro de Saúde – o que dificulta a comparação entre municípios.

A estrutura da oferta ambulatorial tem correspondência apenas parcial na distribuição da produção de serviços, segundo nível de complexidade (quadro 6). Em apenas três localidades, Camaragibe (81%), Palmas (64%) e Vitória da Conquista (60%), mais da metade dos procedimentos realizados em 2001 foram de Atenção Básica. Goiânia (30%), Vitória (25%) e Campinas (25%) destacam-se pela produção mais elevada de alta complexidade.[3]

Essas informações permitem compor um panorama da atenção à saúde no município, contudo, não há parâmetros para distribuição de atendimentos por complexidade, nem é possível traçar um paralelo entre proporção de procedimentos básicos e resolutividade do primeiro nível de atenção. Isto é, pressupor, por exemplo, que somente Camaragibe se aproximaria do preconizado no modelo de atenção primária no qual a maioria dos casos (80%) deveria ser resolvida no nível de Atenção Básica. A produção de serviços é dependente da oferta e a insuficiência de determinados serviços interfere na distribuição proporcional segundo complexidade.

Quadro 6: Percentual de produção ambulatorial do SUS segundo a complexidade*, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2001

Município	Atenção Básica	Procedimentos especializados	Alta complexidade
Camaragibe	80,5	19,5	0,0
Palmas	63,9	28,3	7,7
Vitória da Conquista	59,6	38,8	1,6
Vitória	30,5	44,8	24,7
Aracaju	51,3	42,3	6,4
São Gonçalo	49,7	48,2	2,1
Campinas	29,6	45,6	24,8
Goiânia	25,7	44,8	29,5
Manaus	40,1	51,5	8,4
Brasília	40,8	45,7	13,5

Fonte: Datasus – SIA/SUS; MS, 2001d
* Quantidade aprovada

A participação dos procedimentos do PACS/PSF nos procedimentos ambulatoriais de Atenção Básica, realizados pela rede municipal de saúde, pode ser considerada como indicador de implementação sugestiva da substituição do modelo assistencial na Atenção Básica.[4] Conforme esse critério, a substituição de procedimentos na Atenção Básica é incipiente ou parcial na maioria dos municípios. Vitória da Conquista (51%), Camaragibe (38%), Aracaju (34%) e Palmas (33%) destacam-se como

[3] Uma explicação para proporções muito baixas de procedimentos de Atenção Básica pode ser a redução da contabilização desses procedimentos, observada em algumas situações, a partir da implantação das transferências per capita do Piso de Atenção Básica.
[4] Viana & Dal Poz (1998), em estudo de avaliação do Programa Saúde da Família, definiram a participação dos procedimentos PACS/PSF no conjunto de procedimentos ambulatoriais como indicador de eficácia da implementação.

municípios que alcançaram proporções de procedimentos PACS/PSF, entre as ações de Atenção Básica, acima de 30%. As baixas proporções apresentadas, considerando-se que na maioria dos municípios estudados a cobertura do PSF alcançada em 2001 foi superior a 30%, podem resultar de problemas da informação decorrentes da falta de comunicação entre o Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab) e o SIA/SUS, o que obriga a alimentação, nem sempre realizada, dos dois sistemas com as mesmas informações.

Quadro 7: Participação da produção do PACS/PSF no total de procedimentos de Atenção Básica*, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2001

Município	%
Camaragibe	38,2
Palmas	33,4
Vitória da Conquista	51,0
Vitória	22,1
Aracaju	34,2
Goiânia	...
Manaus	2,5
Brasília **	0,3

Fonte: Datasus – SIA/SUS; MS, 2001d. Campinas e São Gonçalo implantaram o PSF apenas em 2001.
* Quantidade aprovada. ** Em Brasília, a produção PACS/PSF não estava sendo informada no SIA.

A responsabilidade pela gestão da rede ambulatorial e hospitalar é prerrogativa da condição de habilitação do município e pode facilitar a articulação do PSF com os demais serviços de saúde, bem como a integração da rede assistencial como um todo. Como se observa no quadro a seguir, em 2001, Vitória, Manaus e São Gonçalo eram gestores apenas de parte das unidades ambulatoriais instaladas em seu território, estando a rede hospitalar sob gestão estadual, dada sua habilitação como Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB). Aracaju, recém-habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), era gestor de parte das redes ambulatorial e hospitalar.

Quadro 8: **Rede ambulatorial e hospitalar do SUS e proporção (%) sob gestão municipal, dez grandes centros urbanos, Brasil, dezembro 2001**

Município	Ambulatorial			Hospitalar		
	Total de unidades	Sob gestão municipal		Total de unidades	Sob gestão municipal	
	N	N	%	N	N	%
Camaragibe	59	59	100,0	3	3	100,0
Palmas	67	64	95,5	3	3	100,0
Vitória da Conquista	118	114	96,6	11	11	100,0
Vitória	89	62	69,7	11	0	0,0
Aracaju	159	99	62,3	21	7	33,3
São Gonçalo	123	98	79,7	22	0	0,0
Campinas	102	91	89,2	11	8	72,7
Goiânia	633	633	100,0	68	67	98,5
Manaus	438	369	84,2	31	0	0,0
Brasília	106	106	100,0	18	18	100,0

Fonte: Datasus – SIH e SIA/SUS; Brasil, 2001d; Brasil, 2001e.

A gestão formal da rede, contudo, não é suficiente para o efetivo controle do gestor municipal sobre os prestadores. A gestão da rede é facilitada pela gerência direta de parte expressiva das unidades de saúde. Em situações em que não ocorreu a municipalização de unidades ambulatoriais ou em que há elevada predominância de leitos privados, a gestão da rede exige maior capacidade reguladora do gestor municipal e emprego de mecanismos de contratualização e vigilância de contratos, nem sempre disponíveis. Em geral, nos municípios estudados, a rede ambulatorial do SUS era, em sua maioria, pública e os leitos, em grande parte, privados. Como se observa no quadro a seguir, em 2000, em Palmas e Camaragibe, todos os leitos eram privados. A proporção de leitos públicos, no total de leitos SUS em diversos dos municípios estudados, era menor do que em nível nacional (24%), reconhecidamente com baixa proporção, já que a estrutura do parque hospitalar brasileiro é resultante de políticas prévias executadas pela assistência médica previdenciária de privilegiamento de prestadores privados, até meados da década de 80. A proporção de leitos públicos era mais elevada do que a média nacional apenas em Manaus, Brasília e Vitória. A proporção de leitos universitários, em parte públicos, destaca-se em Brasília, em Campinas (mais da metade dos leitos) e em Vitória (35%).

Outros indicadores selecionados de recursos e cobertura ambulatorial e hospitalar, apresentados no quadro a seguir, mostram importantes variações entre os municípios estudados e, em geral, alcançam níveis baixos se comparados com os observados em países industrializados.[5] A média de consultas médicas por habitante ao ano, aqui apresentada apenas para as capitais[6], variou, em 2000, de 1,7 em Goiânia, a 4,5 em Vitória, observando-se importantes desigualdades na cobertura assistencial entre as populações das localidades estudadas. Em Goiânia, a média de consultas foi inferior à sugerida nos parâmetros assistenciais do SUS (2 a 3 consultas por habitante/ano) e superior em Vitória e Aracaju (BRASIL, 2000).

A oferta de leitos hospitalares do SUS variou de 10,6 por mil habitantes, em Camaragibe, em razão da instalação no território municipal de hospitais psiquiátricos que atendem a população pernambucana, a apenas 1,4 em Palmas, que de modo similar a Manaus, Brasília e Campinas apresentou uma relação inferior à média nacional e à sugerida nos parâmetros assistenciais do SUS (3 a 4 leitos por mil habitantes para oferta total). Todavia, somente Vitória (4,9%), São Gonçalo (5,7%) e Manaus (5,9%) apresentaram taxas de internação por cem habitantes inferiores à média nacional. A maior taxa observada (12,3%) foi em Vitória da Conquista, que recebe população de cerca de 50 municípios do sudoeste da Bahia, funcionando como consórcio programático para atendimento hospitalar.[7]

Cabe lembrar que as informações apresentadas referem-se à produção de serviços realizados e aos recursos existentes no município e não apenas àqueles utilizados por seus residentes, estando alguns destes resultados superestimados. Grandes centros urbanos, e de modo especial as capitais, são pólos de atração para atenção à saúde de habitantes de outras localidades, afetando os resultados dos indicadores. Diversas das cidades estudadas recebiam inclusive pacientes de outros estados como, por exemplo, Brasília e Goiânia. A comparação é ainda dificultada pela variação, entre os municípios, da proporção da população que habitualmente não utiliza os serviços do SUS, o que também interfere nos resultados, uma vez que nos cálculos per capita considera-se a população total, sendo as superestimativas mais elevadas nos grandes centros urbanos da Região Sudeste.

[5] A média de consultas médicas por habitante, em 1990, por exemplo, no Reino Unido, foi de 5,8 e, na Itália, de 11. A taxa de internação para casos agudos, em 1995, no Reino Unido, foi de 21,2% e a relação de leitos total por mil habitantes foi de 4,9. Na Itália, a taxa de internação foi de 15,5% e a relação leitos por habitante foi de 6,5/1.000 (GIOVANELLA, 2001, p. 104 e 126).

[6] Para realizar a comparação, foram tomadas as médias de consultas apresentadas pelo IDB, que apresenta resultados apenas por capitais e unidades da federação. Os resultados mais recentes do IDB correspondem a dados de 2000.

[7] Em Vitória da Conquista, ocorreu importante redução de internações hospitalares em 2000, em razão de melhor controle exercido pelo gestor municipal sobre prestadores privados.

Quadro 9: **Indicadores selecionados de oferta e atenção à saúde, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2000**

Município	Consultas médicas/hab.	Leitos SUS/1.000 hab.	Internações SUS/100 hab.	% leitos públicos	% leitos universitários
Camaragibe	...	10,6[3]	6,9	0	0
Palmas	3,0	1,4	8,2	0	0
Vitória da Conquista	...	4,4	12,3	15,3[1]	0
Vitória	4,5	5,7	4,9	26,8	35,0
Aracaju	3,4	4,0	6,4	19,1	4,8
São Gonçalo	...	2,8	5,7	12,6	0
Campinas	...	2,2	6,8	7,4[2]	54,1
Goiânia	1,7	6,0	7,5	17,5	4,5
Manaus	2,2	1,6	5,9	58,0	11,3
Brasília	2,2	1,8	6,9	39,5	57,3
Brasil	2,3	2,9	7,0	24,6	9,5

Fonte: Datasus – SIH/SUS; Brasil, 2001f, IDB-Brasil/2001, para os dados das capitais. Para os outros municípios, os indicadores hospitalares foram calculados com base nos dados do Datasus e do Censo Demográfico 2000 (IBGE, 2000).
[1] Em 2001, cresceu para 28,8%.
[2] Em 2001, os leitos públicos cresceram para 31,4%, ocorrendo, nesse mesmo período, um declínio do número de leitos universitários.
[3] Proporção de leitos/1.000 habitantes alterada em função de concentração de leitos psiquiátricos no município.

Financiamento do setor Saúde segundo Siops

A alocação e disponibilidade de recursos financeiros destinados à saúde, em cada município, são, indubitavelmente, fatores cruciais para a efetiva operacionalização do Sistema Municipal de Saúde. Nos relatórios de estudos de caso, foi realizada análise detalhada do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Aqui são apresentados apenas alguns indicadores selecionados para esboçar o perfil de receitas e gastos em saúde nos municípios estudados. A análise de dados do Siops mostra que, na composição geral das receitas municipais, há forte dependência financeira dos municípios em relação às transferências intergovernamentais, sobretudo no Nordeste. Quanto aos gastos com saúde, predominam as transferências SUS, e a participação das secretarias estaduais no financiamento da saúde sob gestão municipal é praticamente nula.

As informações coletadas pelo Siops referem-se à parte do financiamento do SUS sob gestão municipal, excluindo-se os recursos gerenciados diretamente pela secretaria estadual de Saúde e/ou pelo Ministério da Saúde. Quanto às fontes de receitas municipais para a saúde, segundo dados do Siops, mais da metade das transferências da União para o SUS em Aracaju, Manaus, Vitória e São Gonçalo eram referentes ao Piso de Atenção Básica (PAB), em sua parte fixa e variável, dada a condição de habilitação destes municípios, no ano de 2000, em gestão plena da Atenção Básica. As transferências federais para o PSF, nos municípios, integram o PAB variável e apresentavam, em 2000, proporções mais expressivas em Aracaju, Manaus, Vitória e Palmas.

Na maioria dos municípios, os gastos com PSF não estavam discriminados no campo específico do Siops, impedindo avaliação mais detalhada. A forma de registro dos gastos com PSF era diferenciada entre os município estudados e, em geral, incompleta, subestimando-os. Não foi objetivo do projeto a análise de despesas do PSF, todavia, segundo gestores entrevistados, as transferências federais do PAB variável, específicas para o PSF, conseguem cobrir apenas parte dos custos do programa e, em geral, não cobrem sequer as despesas de pessoal. Por outro lado, as faixas de incentivo ao PSF, conforme cobertura populacional alcançada, foram muito criticadas pelos gestores municipais e consideradas inadequadas para grandes centros urbanos, em que a quantidade de ESF deve ser extremamente elevada para atingir os patamares de cobertura preconizados e receber as maiores faixas de incentivo.

Quadro 10: Percentual das transferências da União para o SUS municipal segundo a fonte, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2000*

Município	PAB fixo	PAB variável	SIA/AIH	FAEC	Convênios
Camaragibe	7,9	12,5	77,7	0,0	1,9
Palmas	9,2	16,2	71,9	1,7	0,9
Vitória da Conquista	9,5	9,3	80,5	0,2	0,6
Vitória	40,2	24,8	30,9	0,0	4,2
Aracaju	65,5	34,5	0,0	0,0	0,0
São Gonçalo	40,7	12,7	46,6	0,0	0,0
Campinas	11,6	2,8	84,5	0,0	1,2
Goiânia	7,5	5,0	82,4	0,0	5,1
Manaus	59,5	24,4	8,8	0,0	7,3
Brasília**	...	...	...	...	...

Fonte: Siops 2000, elaboração Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Refere-se ao valor empenhado. Na data da pesquisa, os dados mais recentes, informados para todos os municípios, eram de 2000.
** O Siops do Distrito Federal apresenta configuração do sistema estadual, não permitindo especificar algumas informações como nos sistemas municipais.

Há predominância de receitas federais nos gastos com saúde realizados na maioria dos municípios estudados, o que é coerente com a estrutura de financiamento setorial vigente no País. Em seis dos centros urbanos estudados, grande parte (60% e mais) das despesas municipais com saúde foi realizada com recursos de transferências SUS e/ou convênios com o Ministério da Saúde. Nos municípios habilitados na condição de gestão plena da Atenção Básica, a participação das transferências federais para o SUS, no total da despesa com saúde realizada no município, é, em geral, mais baixa, dadas as prerrogativas dessa condição de habilitação, observando-se, em Manaus e Vitória, percentual inferior a 30% em 2000.[8] Em Campinas, embora habilitado em gestão plena do sistema municipal, apenas 35% dos gastos realizados pelo município eram cobertos com receitas de transferências federais, indicando alta participação de recursos próprios municipais nas despesas com saúde.

[8] A informação refere-se ao financiamento do SUS sob gestão municipal, excluindo-se as unidades de saúde gerenciadas diretamente pela SES.

A participação dos recursos próprios municipais aplicados em saúde, no conjunto das despesas do município, pode ser tomada como indicativo da prioridade conferida pelos governos à Saúde. Dentre os municípios estudados, apenas São Gonçalo, Campinas, Manaus e Camaragibe aplicaram, em 2000, cerca de 15% ou mais de seus recursos próprios em saúde, como se pode observar no quadro a seguir. As parcelas de recursos próprios gastos em saúde, em diversos dos municípios estudados, estavam muito aquém do estipulado pela Emenda Constitucional 29, que prevê vinculação à saúde de 15% dos recursos próprios municipais, patamar a ser alcançado até o ano de 2004. Essa situação foi pior em capitais como Aracaju, Goiânia e Palmas. Em 2002, segundo informações dos gestores, investimentos estavam sendo realizados em alguns dos municípios, e a aplicação de receitas municipais com saúde tendia a elevar-se.

Quadro 11: Percentual das transferências para o SUS na despesa total com saúde e percentual de recursos próprios municipais aplicados em saúde, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2000

Município	% transferências SUS*	% recursos próprios
Camaragibe	85,4	14,6
Palmas **	100,0	0,0
Vitória da Conquista	88,8	6,6
Vitória	20,0	10,0
Aracaju	66,2	3,8
São Gonçalo	46,4	20,7
Campinas	35,1	18,8
Goiânia	83,6	4,5
Manaus	24,1	16,0
Brasília	74,8	8,9

Fonte: Siops 2000, elaboração Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Inclui todos os repasses federais para saúde.
** O secretário Municipal de Saúde de Palmas, em 2002, informou que cerca de 24% da despesa total com Saúde era realizada com recursos municipais.

Aprendizado institucional

Na pesquisa, o contexto político institucional foi caracterizado por meio da análise da composição partidária dos governos municipais, do aprendizado institucional no processo de descentralização, da participação de atores e grupos sociais no processo de implementação e das estratégias de ampliação do apoio empreendidas pelos gestores locais. A trajetória dos municípios no processo de descentralização da atenção à saúde, considerando a transferência intergovernamental de unidades de saúde e a habilitação dos municípios, conforme as normas operacionais básicas (NOB) editadas pelo Ministério da Saúde, que instruíram e regularam o processo de descentralização, apontam diferentes aprendizados institucionais e sinalizam distinta capacidade de gestão do SUS municipal. O conceito de aprendizado institucional foi adaptado de Viana et al. (2002), e, segundo critérios empregados por esta autora e colegas, dentre os

municípios estudados, somente Camaragibe e Campinas apresentaram alto aprendizado institucional, tendo sido habilitados na condição de gestão semiplena na NOB 93 e tornando-se, em 2002, gestores plenos do sistema municipal.[9]

Observam-se distintas trajetórias de aprendizado institucional, todavia a descentralização setorial, nos municípios estudados, é em geral recente. Em sete das dez localidades, a primeira habilitação ocorreu somente com a NOB-SUS 96, implementada em 1998, e, em 2002, Manaus, Vitória e São Gonçalo permaneciam habilitados apenas como gestores da Atenção Básica.

A continuidade político-administrativa é assinalada, no quadro a seguir, pois, teoricamente, poderia facilitar a implementação do PSF ao permitir manutenção da prioridade para a Atenção Básica e aprendizado gerencial, contribuindo para a consolidação do programa. Em seis das localidades estudadas, observou-se continuidade da coalizão governamental por dois mandatos consecutivos e, em Camaragibe, por três legislaturas consecutivas.[10] Em alguns dos municípios, a atuação do executivo municipal na área da Saúde foi fator preponderante nos resultados eleitorais, tendo o secretário Municipal de Saúde sido eleito prefeito.

Quadro 12: Aprendizado institucional segundo os indicadores selecionados, dez grandes centros urbanos, Brasil

Município	Municipalização unidades de saúde	1.ª habilitação		Habilitação atual		Continuidade político-administrativa (n.º mandatos)
		Ano	Condição	Ano	Condição	
Camaragibe	Não havia oferta	1994	G. Parcial	1998	GPSM	3
Palmas	2000	1998	GPSM	1998	GPSM	2
Vitória da Conquista	1999	1998	GPAB	1999	GPSM	2
Vitória	1995	1998	GPAB	1998	GPAB	2
Aracaju	1998	1998	GPAB	2001	GPSM	1
São Gonçalo	1990	1998	GPAB	1998	GPAB	1
Campinas	1987	1996	G. Semi Plena	1998	GPSM	1
Goiânia	1998	1993	G. Parcial	1998	GPSM	1
Manaus	Não ocorreu	1998	GPAB	1998	GPAB	2
Brasília*	...	1998	GASE	1999	GPSE	1

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
*O Distrito Federal foi habilitado como estado em Gestão Ampliada do Sistema Estadual (Gase) e Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE).

[9] Goiânia, embora inserida no processo de descentralização desde a NOB-SUS 93, não foi habilitada em gestão semiplena, não correspondendo assim aos critérios de Viana et al. (2002) para alto aprendizado.
[10] Em Camaragibe, a coordenadora do PSF permanece a mesma desde o início do PSF em 1994.

Posições dos atores em relação ao PSF

A análise da participação dos diversos atores no processo pode subsidiar a construção de estratégias de ampliação do apoio para redução de resistências ao programa e/ou orientar necessárias adaptações e mudanças de curso. A partir de entrevistas com os gestores locais, foram investigados os posicionamentos de atores sociais quanto ao PSF, no momento inicial de sua implantação e no momento da realização da pesquisa. A implantação do PSF, em geral, foi iniciativa do secretário Municipal de Saúde ou do prefeito, sendo estes os atores que, no momento inicial, apoiaram muito (AM = apoiou muito) o programa em quase todos os municípios, conforme se pode observar no próximo quadro. Contribuíram na implantação técnicos e assessores externos de universidades e militantes do movimento sanitário (Vitória da Conquista, Aracaju), do Ministério da Saúde e Unicef (Camaragibe), e do Programa Médico de Família de Niterói (Manaus). Em Vitória da Conquista e Camaragibe, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e associações de moradores apoiaram muito o programa desde sua fase inicial, segundo os gestores, opinião corroborada pelos conselheiros municipais representantes dos usuários, entrevistados.[11]

A prioridade política conferida ao PSF pela gestão municipal, seja por parte da SMS, seja por parte do prefeito, pode ser evidenciada, em alguns municípios, por meio de alocação de recursos financeiros específicos ao programa, mudanças na organização do sistema municipal de Saúde e investimentos em mecanismos e rede de referência desencadeados pelo PSF.

No momento da implantação, as maiores resistências (C = manifestou-se contra) foram observadas entre os profissionais de saúde da rede municipal, referidas pelos gestores de seis das cidades estudadas. Em alguns dos municípios pesquisados, gerentes das SMS e das SES, associações de moradores, entidades médicas e de enfermeiros manifestaram-se contra alguns aspectos do programa por motivos diversos.

[11] Em Palmas, Goiânia e Aracaju, a análise para o momento de implantação foi dificultada por mudanças na gestão municipal e os entrevistados nem sempre haviam participado do processo em sua fase inicial.

Quadro 13: Posicionamentos dos diversos atores no momento de implantação do PSF segundo os gestores municipais do programa, dez grandes centros urbanos, Brasil

Atores	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	São Gonçalo	Campinas	Goiânia	Manaus	Brasília*
Implantação	1994	1998	1998	1998	1998	2001	2001	1998	1999	1999
SES	C	...	A	AM	A	A	A	C	N	-
Prefeito	A	...	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM	A
Secretário Municipal	AM	...	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
Gerentes da SMS	C/A	...	A	AM	A	A	C	N	A	A
Profis. Saúde Rede	C/A	...	N	A	C/A	C/A	C	N	C	C
CRM, SinMed	N	...	N	N	AM	N	A	N	C	A
Enfermeiros/ Coren	N	...	N	N	A	N	C	A	N	A
CMS	AM	...	AM	A	A	A	A	A	A	A
Setor Privado	N	...	N	N	N	...	...	N	N	N
Associação de Moradores	AM	...	AM	A	C	A	A	A	A	A
Grupos Religiosos	A	...	A	A	N	N	A	N	A	A
Técnicos Ext.	A	...	AM	A	AM	A	AM	...	AM	A

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Em Brasília, os cargos correspondem à estrutura do DF.
Legenda: N = não se manifestou; C = manifestou-se contra; A = apoiou; AM = apoiou muito; ... = sem informação e não sabe.

As secretarias estaduais de Saúde (SES), com suas coordenações estaduais do PSF, em geral apoiaram parcialmente a implantação do programa, nos municípios estudados, por meio de capacitação e treinamentos de ESF pelos Pólos de Capacitação, apoio à implantação do Siab e operacionalização de mecanismos de seleção para ACS. Os treinamentos não eram responsabilidade exclusiva da SES e ocorriam também capacitações executadas pelos níveis locais, seja porque a SES não oferecia esse apoio, seja porque os treinamentos ofertados pela SES não eram planejados de acordo com as necessidades locais, e municípios com necessidade de capacitações não programadas pelo estado realizaram treinamentos com recursos próprios. Em alguns estados (como Bahia), a SES criou incentivo financeiro específico para o PSF, mas, segundo gestores locais, não ocorreu liberação de recursos para qualquer município.

Em diversos municípios, o apoio oferecido pelo estado foi considerado insuficiente pelos gestores locais e, em algumas situações, a relação com a SES foi conflituosa. Camaragibe, município pioneiro na implantação do programa em Pernambuco, enfrentou resistências e atrasos na assinatura do convênio. Em Manaus e Goiânia, ocorreram divergências quanto ao modelo implementado; no primeiro caso, em razão da ausência da enfermeira na equipe e, no segundo, devido à implantação de ESF volantes sem unidades próprias.

Em um segundo momento, após a implantação, em geral o PSF conquistou maior visibilidade, em razão da ampliação do acesso à atenção propiciada em diversos municípios, o que atenuou resistências e angariou apoios dos gerentes da SMS e, em especial, da população assistida por meio das associações de moradores, organizações religiosas (Pastoral da Criança, grupos evangélicos) e de portadores de patologias. Observou-se, também, redução de resistência dos profissionais da rede municipal.

Todavia, com a ampliação do programa, novas resistências surgiram com mais força por parte de entidades médicas, profissionais de enfermagem e do setor privado.

Quadro 14: Posicionamentos dos diversos atores em relação ao PSF, no momento da realização da pesquisa em 2002, segundo os gestores municipais do programa, dez grandes centros urbanos, Brasil

Atores	Camaragibe	Palmas	* Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	São Gonçalo	Campinas	Goiânia	Manaus	Brasília **
Implantação	1994	1998	1998	1998	1998	2001	2001	1998	1999	1999
SES	A	A	A	A	A	N	A	A	N/C	-
Prefeito	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
Secretário Municipal	AM	AM	AM	AM	AM	A	AM	AM	AM	AM
Gerentes da SMS	AM	AM	AM	AM	AM	A	A	A	AM	A
Profis. Saúde Rede	A	A	A	N	C/A	C/A	A	N	AM	C/A
CRM, SinMed	C	A	N	C	C	N	A	A	N	A
Enfermeiros/ Coren	C	A	A	A	AM	N	...	A	A	A
CMS	AM	A	AM	A	A	A	A	AM	AM	A
Setor Privado	C	N	C	N	N	N	N	N	N	N
Associação de Moradores	AM	AM	AM	A	A	A	A	AM	AM	A

continua...

...continuação

Atores	Camaragibe	Palmas	* Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	São Gonçalo	Campinas	Goiânia	Manaus	Brasília **
Implantação	1994	1998	1998	1998	1998	2001	2001	1998	1999	1999
Grupos Religiosos	AM	A	AM	AM	N	A	A	AM	AM	A
Técnicos Ext.	A	A	A	A	A	N	A	...	AM	A

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Em 2001. ** Em Brasília, os cargos correspondem à estrutura do DF.
Legenda: N = não se manifestou; C = manifestou-se contra; A = apoiou; AM = apoiou muito; ... = sem informação e não sabe.

A resistência ao PSF por parte dos profissionais da rede, principalmente médicos, expressou-se na baixa adesão para integrar as equipes do programa, em razão de: elevada carga horária, ausência de formação ou dificuldade de atuação como generalista e baixa confiança na continuidade do PSF a longo prazo. Resistências à nova concepção assistencial, com primazia para promoção, clínica ampliada e organização da demanda, e que exige diversificação de atividades e atuação extramuros, foram também mencionadas como motivos para os profissionais não aderirem ao programa.

A par da falta de adesão, observou-se resistência e baixa aceitação do programa por parte dos profissionais da rede atuantes em outras unidades. As principais críticas dos profissionais da rede estavam relacionadas: com a remuneração diferenciada (e menor) à do PSF, com a prioridade conferida pela SMS ao PSF, por vezes relegando a rede tradicional a segundo plano, e com o aumento da demanda em função de encaminhamentos do PSF para Centros de Saúde (Manaus).[12]

No momento inicial, o baixo apoio observado por parte de gerentes da SMS decorreu da remuneração diferenciada da coordenação do PSF e da impossibilidade de equiparação das outras coordenações (Camaragibe), bem como da resistência de gerentes locais de unidades básicas bem estruturadas em alterar rotinas (Campinas).

O apoio da população não foi imediato. Principalmente em cidades com unidades básicas de saúde melhor estruturadas, CMS e Associações de Moradores questionaram a substituição de especialistas, nas clínicas básicas, por generalistas e manifestaram apreensão com a possibilidade de remanejamento de médicos das unidades tradicionais e conseqüente dificuldade das equipes atenderem à demanda espontânea. Mesmo em Camaragibe, foi relatada resistência inicial dos usuários. Aos poucos, essas resistências foram superadas por meio da realização de amplos debates com participação popular (Aracaju).

[12] No Distrito Federal, a implantação do programa de modo paralelo à rede, em suas duas versões (Saúde em Casa e PSF), produziu importantes resistências dos profissionais da rede, dados os vínculos empregatícios diversos e, inicialmente também, os salários diferenciados. Ainda em abril de 2002, os profissionais de saúde se apresentavam como sendo contratados para o PSF ou como integrantes do GDF (Governo do Distrito Federal). Isto é, o pessoal do PSF considerava-se como integrando estrutura à parte.

A categoria médica manifestou-se por meio de sua entidade sindical e do conselho profissional, questionando o programa sob diversos aspectos. Os problemas discutidos com maior freqüência foram relativos às modalidades de contratação dos profissionais das equipes, com estabelecimento de vínculo de trabalho precário (por meio de cooperativa ou regime especial temporário – RET) ou contratação CLT, modalidade que garante menor estabilidade do que como funcionário público, e o correspondente processo de seleção sem concurso público ou simplificado. Dedicação exclusiva, carga horária elevada e sem flexibilidade foram outros aspectos criticados.

A realização de procedimentos e prescrições por enfermeiros foi contestada pelo CRM, em alguns estados, e considerada como "exercício ilegal da medicina", pois enfermeiros estariam realizando atos de monopólio profissional exclusivo dos médicos. Nesse sentido, foram instaurados processos, realizadas audiências públicas e aprovada Portaria do CRM definindo ato médico. Em Campinas, município com estrutura assistencial consolidada, foi questionada a limitação do campo de atuação das especialidades básicas, com redução da importância de pediatras e gineco-obstetras na Atenção Básica, restringindo seu mercado de trabalho. Argumentou-se que a assistência prestada pelo generalista retiraria qualidade da Atenção Básica.

Enfermeiros geralmente apoiaram o PSF, em razão da expansão de mercado de trabalho para a categoria propiciada pela implantação do programa. Todavia, entidades representativas da categoria, à semelhança dos médicos, questionaram a forma de contratação por meio de vínculos precários e o processo de seleção sem concurso público. Disputas relativas aos campos de atuação profissional também estiveram em pauta. Em duas cidades, o conselho profissional instaurou processo questionando a delegação de atribuições aos ACS e a ampliação de funções do auxiliar de enfermagem.

No que se refere ao setor privado, é importante assinalar que, nas cidades estudadas, não ocorreu, no momento da implantação do PSF, um posicionamento claro, seja de apoio, seja de resistência. No entanto, em duas situações (Vitória da Conquista e Camaragibe), nas quais a implantação do programa foi acompanhada por importante reorganização do sistema municipal e/ou extensão de cobertura, com repercussões positivas na redução de demanda por internações de pediatria e de clínica médica, com perda de lucratividade dos prestadores privados e descredenciamento de leitos, o setor privado – especialmente prestadores hospitalares – passou a manifestar-se contra a expansão do PSF.

Em Vitória da Conquista, a gestão municipal passou a exercer maior controle e regulação dos prestadores privados do SUS após a habilitação do município à condição de gestão plena do sistema, em 1999, o que produziu oposição por parte dos prestadores privados de serviços hospitalares e especializados contratados pelo SUS. Na opinião dos gestores municipais, as manifestações contrárias decorreram da ocupação, pelo PSF, de espaço no mercado de assistência à saúde, resolvendo problemas (por exemplo, desidratação e desnutrição) que antes chegavam às emergências privadas e resultavam em internações[13], acarretando perda de lucratividade desses prestadores, que chegaram a paralisar atendimentos ao SUS em determinado período.

[13] Informações do SIH/SUS corroboram o relato dos gestores de Vitória da Conquista sobre a diminuição do número de crianças internadas por desidratação, desnutrição e pneumonia no período.

De modo geral, a análise dos dados qualitativos levantados sugere que, em municípios com Sistemas de Saúde melhor estruturados e oferta de Atenção Básica, as resistências à implantação do programa são maiores do que nos casos em que significa, predominantemente, extensão de cobertura e se inicia por áreas completamente desassistidas. Isto é, a mudança de modelo assistencial, com substituição de unidades básicas preexistentes, produz maiores resistências do que a criação de unidades novas em áreas antes sem cobertura.

Estratégias de ampliação da base de apoio

A realização de debates prévios à implantação e criação de formas ampliadas de participação da população e dos profissionais de saúde, assim como os meios de divulgação do programa, podem ser considerados como estratégias de ampliação do apoio, facilitando a implementação do PSF por diminuir resistências e conquistar legitimidade. Nos municípios estudados, observaram-se diferentes gradações na abrangência das discussões prévias e paralelas à implantação, segundo o número e tipo de grupos participantes e processos de discussão, podendo-se caracterizar o debate e mobilização da população e os processos de sensibilização de profissionais de saúde e gerentes da SMS, grosso modo, como restritos ou ampliados.

Em parte dos municípios, a sensibilização de profissionais e gerentes da SMS restringiu-se, em um primeiro momento, aos técnicos da SMS responsáveis pela implantação do PSF e, na maioria dos municípios, incluiu reuniões com gerentes e profissionais da rede. Nos processos ampliados, a sensibilização envolveu, além dos técnicos da SMS responsáveis pela implantação do PSF, outros gerentes, técnicos e profissionais da rede (da atenção básica, da atenção hospitalar, direções de unidades municipais de saúde) e representações sindicais e associativas das categorias profissionais envolvidas. Em Campinas, a pesquisa foi realizada no momento da implantação, tendo-se observado processo ampliado prévio de debate e sensibilização de profissionais e gerentes da SMS.

O debate sobre o PSF e a mobilização e participação da população na sua implantação foram, em geral, mais restritos nos municípios que implantaram o PSF como programa (Manaus, Brasília, São Gonçalo e Goiânia), envolvendo apenas discussão com comunidades beneficiárias, depois de selecionadas, e apresentação formal ao CMS. Em diversos municípios, o processo foi ampliado, observando-se grande variedade de mecanismos de participação e mobilização: discussão no CMS, criação de Conselhos Locais de Saúde, plenárias de saúde, pré-conferências e Conferências Municipais de Saúde, além do debate e envolvimento das comunidades selecionadas. Em diversas cidades, a participação popular na implantação do PSF, além de discussões, envolveu a execução de atividades por parte de associações de moradores, entre as quais a localização de imóveis para a instalação de unidades e a cessão de espaço físico para debates com a população, para os atendimentos, reuniões e guarda de materiais das ESF.

A divulgação para as populações beneficiárias em geral foi realizada por meio de reuniões com a comunidade, mobilizadas por meio de rádio e carro de som, envolvendo os técnicos e, por vezes, com as presenças do prefeito e do secretário Municipal de Saúde, buscando-se esclarecer a população sobre a proposta do PSF. Materiais educativos impressos em geral foram empregados para distribuição pelos ACS em suas visitas.

Em algumas cidades, o programa foi divulgado também por meio de campanhas no rádio e na televisão e do noticiário da imprensa local e nacional. Uma adequada divulgação de resultados do PSF, a par de possível capitalização política do Executivo, pode contribuir para o reconhecimento do trabalho da ESF, aumentando o prestígio dos ACS e profissionais na comunidade e afetando, positivamente, a dedicação do empregado e o desempenho do programa (TENDLER, 1998).

Quadro 15: **Estratégias de ampliação da base de apoio do PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil**

Município	Debate e mobilização da população	Sensibilização dos profissionais e gerentes da SMS	Divulgação e propaganda	
			Imprensa, rádio e TV	Material impresso
Camaragibe	Amplo; Plenária de Saúde; CMS definiu local das primeiras ESF	Reuniões de território com profissionais	Rádio comunitária, vídeo, notícias TV, revistas nacionais	Diversos Folders ACS Mat. educativo
Palmas*	...	...	...	...
Vitória da Conquista	Inicialmente restrita; Reuniões com prefeito; Pré-conferências, criação de CLS; Conselho da ASAS com participação de diversos atores sociais	Diversas reuniões	Rádio	Folders variados Boletim ASAS
Vitória	Amplo; Lançamento programa; Seminários municipais; CMS participa da seleção de ACS	Diversas reuniões por unidade Reuniões com médicos	Rádio, notícias TV e jornal Folders	
Aracaju	Amplo; Pré-conferências específicas; Pactos de investimento local, CLS	Pré-conferências Reuniões com o colegiado gestor Reuniões por distrito	Campanha publicitária TV Rádio	...
São Gonçalo	Restrito com associações de moradores	Diretores de unidades	Carro de som; Jornal local	...
Campinas	Amplo e prévio à implantação; Assembléias de usuários nos distritos; CMS e CLS	Amplo e prévio à implantação em unidades de saúde, distritos e por categorias profissionais Debates universidade	Debates TV	Outdoors Folders

continua...

...continuação

Município	Debate e mobilização da população	Sensibilização dos profissionais e gerentes da SMS	Divulgação e propaganda	
			Imprensa, rádio e TV	Material impresso
Goiânia	Restrito	Restrito	Campanha publicitária TV	...
Manaus	Restrito	Reuniões com profissionais e gerentes da rede, informando a prioridade do PSF Produziu resistências	Campanha publicitária TV e jornais	Folders Exposição comemorativa
Brasília	Reuniões com lideranças comunitárias	Seminários com gerentes Incentivo financeiro para outros profissionais nas unidades com ESF	Noticiário TV e jornais	Revista de lançamento Material educativo

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Os atuais gestores não souberam informar.

Controle social

Eixo que possibilita analisar o desenvolvimento e funcionamento da instância municipal de controle social, sua capilaridade e interferência no processo de implementação do PSF. O estudo da participação social foi realizado por meio de levantamento de documentos do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e entrevistas com dois conselheiros municipais representantes dos usuários. Também nos questionários utilizados com os integrantes das ESF e com as famílias, foi perguntado sobre a existência de Conselhos Locais de Saúde e sua participação, sobre o conhecimento e participação das famílias na realização de diagnóstico de saúde da área, e sobre o conhecimento das famílias com relação a locais onde podem apresentar queixas e demandas relacionadas com o setor Saúde.

Dentre os resultados obtidos, selecionamos para apresentar: o perfil dos conselheiros entrevistados e alguns aspectos sobre a sua relação com a entidade representada, sua atuação como conselheiro e a participação da entidade em outros fóruns do setor Saúde; informações sobre data de criação, composição e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e avaliação dos conselheiros entrevistados sobre a influência do CMS nas Políticas Municipais de Saúde.

O controle social e a participação da população no PSF foram avaliados por meio da abordagem da percepção dos conselheiros Municipais de Saúde, representantes dos usuários, sobre a interferência do CMS em alguns aspectos do desenvolvimento do PSF, a existência de Conselhos Locais de Saúde e a participação, nessa instância, dos integrantes das ESF e das famílias usuárias pesquisadas, a percepção e o conhecimento dos integrantes das ESF sobre a participação da população no levantamento das condições de saúde, o conhecimento das famílias usuárias do PSF, pesquisadas sobre a realização de diagnóstico de saúde e sua participação na elaboração.

Foram também analisados o conhecimento das famílias, entrevistadas, sobre onde ou a quem apresentar queixas ou denúncias, as famílias que alguma vez já realizaram queixas ou denúncias sobre problemas nos serviços de saúde e as informações dos conselheiros Municipais de Saúde entrevistados sobre as possibilidades dos usuários apresentarem queixas, denúncias ou sugestões sobre o PSF.

Perfil dos conselheiros Municipais de Saúde entrevistados

Em cada município, foram entrevistados dois conselheiros Municipais de Saúde, representantes do segmento de usuários, selecionados com a colaboração de integrantes da Secretaria Municipal de Saúde. Foi estabelecido, como critério, um tempo de atuação no CMS superior a um ano e foi conferida prioridade para os que representavam movimentos ou associações locais de moradores.

Dentre os 20 conselheiros entrevistados, 13 eram homens e sete mulheres, mais da metade com 45 ou mais anos de idade, inclusive três dos quais entre 66 e 70 anos. O grau de escolaridade foi bastante heterogêneo: dois declararam-se sem qualquer escolaridade, dois não completaram o ensino fundamental e quatro tinham conseguido completar, um não concluíra o ensino médio e seis tinham o ensino médio completo, um cursava faculdade e quatro tinham nível superior completo. Agrupamos esse conjunto em escolaridade ausente e insuficiente (4), baixa (5), média (6) e alta (5).

A situação trabalhista dos conselheiros entrevistados foi diversificada, embora mais da metade fosse de aposentados ou pensionistas (7) e funcionários públicos (6). Dos demais, dois estavam trabalhando com carteira assinada, um trabalhava por conta própria, um estava desempregado, duas eram donas de casa e uma era funcionária de movimento popular de saúde, sem informar a formalização do vínculo em carteira de trabalho.

As entidades representadas, seguindo a prioridade conferida, concentravam-se em associações de moradores e movimentos populares, porém com diferentes níveis de atuação: cinco representavam associações ou grupos de mães de nível local (bairro ou comunidade), dois representavam União ou Federação de associações de moradores e quatro representavam Conselho ou Movimento Popular de Saúde. A representação de cinco conselheiros entrevistados era estabelecida por região, distrito ou área geográfica do município e dois eram representantes de portadores de patologias. Os demais representavam a Pastoral de Saúde (1) e o Conselho de Unidade de Saúde (1).

Setenta por cento dos conselheiros entrevistados (14) ocupavam cargos de direção na entidade que representavam no CMS. A maior parte deles (8) atuava como conselheiro entre cinco e nove anos, quatro estavam há um ano, três entre um e dois anos, quatro entre três e quatro anos e um era conselheiro de Saúde há mais de dez anos.

Parte das entrevistas realizadas com os conselheiros referia-se às atividades da entidade, representada no CMS, para informar e divulgar aos seus associados os assuntos em debate no CMS, a relação estabelecida entre o conselheiro e a entidade representada, assim como outras ações dos conselheiros no exercício de sua função. Foram selecionadas quatro entre os dezesseis aspectos, pesquisados, da representatividade, apresentados para cada um dos conselheiros entrevistados, identificados apenas por números, na medida em que são específicos de cada entidade representada e de cada conselheiro. Em Campinas, são apresentados os resultados de apenas um dos conselheiros entrevistados, pois o outro declarou não saber responder às perguntas.

Todos os conselheiros, exceto os dois entrevistados em Brasília, informaram que a entidade representada informa sempre ou muitas vezes seus associados sobre assuntos em discussão no CMS. Em Brasília, um dos conselheiros informou que sua entidade nunca informa os associados e o outro, representante de ONG, declarou que sua entidade não tem associados.

Os conselheiros também afirmaram, com apenas duas exceções, que sempre ou muitas vezes consultam suas entidades antes de assumir posições sobre os assuntos discutidos no CMS. Em Vitória da Conquista e em Vitória, um dos conselheiros informou que poucas vezes consulta sua entidade.

A maioria dos conselheiros entrevistados declarou comunicar-se sempre e muitas vezes com os Conselhos Locais de Saúde. Em Camaragibe, São Gonçalo e Manaus, os dois conselheiros informaram que não existem CLS e, em Brasília, um dos conselheiros respondeu que nunca realiza essa atividade.

Os conselheiros entrevistados informaram que, no exercício de sua função, sempre e muitas vezes comunicam-se com a equipe de gestores das secretarias municipais de Saúde, exceto dois conselheiros – um de Vitória e outro de Goiânia – que poucas vezes entravam em contato com a equipe da SMS e um dos conselheiros de Vitória da Conquista que relatou nunca se comunicar com os gestores municipais de saúde.

Quadro 16: Atividades selecionadas das entidades representadas e dos conselheiros municipais de saúde entrevistados no exercício da função, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	C	Entidade informa associados assuntos em discussão no CMS	Conselheiro consulta entidade para tomar posição no CMS	Conselheiro comunica-se com CLS	Conselheiro comunica-se com gestores da SMS
Camaragibe	1	Muitas vezes	Muitas vezes	Não existe	Sempre
	2	Sempre	Sempre	Não existe	Muitas vezes
Palmas	1	Sempre	Sempre	Sempre	Sempre
	2	Sempre	Sempre	Sempre	Sempre
Vitória da Conquista	1	Sempre	Poucas vezes	Sempre	Nunca
	2	Sempre	Sempre	Sempre	Sempre
Vitória	1	Sempre	Poucas vezes	Sempre	Sempre
	2	Sempre	Sempre	Sempre	Poucas vezes
Aracaju	1	Muitas vezes	Muitas vezes	Sempre	Sempre
	2	Sempre	Muitas vezes	Sempre	Sempre
São Gonçalo	1	Muitas vezes	Muitas vezes	Não existe	Sempre
	2	Sempre	Sempre	Não existe	Sempre
Campinas*	2	Sempre	Sempre	Sempre	Sempre
Goiânia	1	Muitas vezes	Muitas vezes	Sempre	Sempre
	2	Muitas vezes	Muitas vezes	Muitas vezes	Poucas vezes

continua...

...continuação

Município	C	Entidade informa associados assuntos em discussão no CMS	Conselheiro consulta entidade para tomar posição no CMS	Conselheiro comunica-se com CLS	Conselheiro comunica-se com gestores da SMS
Manaus	1	Sempre	Sempre	Não existe	Sempre
	2	Sempre	Sempre	Não existe	Muitas vezes
Brasília	1	Não tem associados	Sempre	Sempre	Sempre
	2	Nunca	Sempre	Nunca	Sempre

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* O conselheiro 1 de Campinas não soube informar.

A participação da entidade representada pelos conselheiros entrevistados, em importantes fóruns do setor Saúde, permite analisar a estabilidade desse ator social, valorizando-se mais a continuidade de participação da entidade representada que a do conselheiro. Foram selecionados, como fóruns expressivos, a plenária regional de Conselhos de Saúde e as últimas Conferências municipais, estaduais e nacional de Saúde realizadas. Pressupõe-se que a participação da entidade possa diminuir nas Conferências estaduais e nacional, quando os critérios estabelecidos restringem o número de participantes.

Sete entre 19 conselheiros que responderam à pergunta informaram a participação de sua entidade nos quatro fóruns selecionados e, apenas em São Gonçalo, essa foi a resposta dos dois conselheiros entrevistados. Apenas um conselheiro de Camaragibe informou que sua entidade não participou de qualquer desses fóruns.

Maior número de entidades participaram da Plenária Regional de Saúde e da última Conferência Municipal de Saúde (16), diminuindo progressivamente as que participaram da última Conferência Estadual de Saúde (13) e da 11.ª Conferência Nacional de Saúde (9).

Quadro 17: Participação das entidades dos conselheiros municipais de saúde entrevistados em fóruns selecionados, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	C	Plenária regional de Conselhos de Saúde	Conferência Municipal de Saúde	Conferência Estadual de Saúde	Conferência Nacional de Saúde
Camaragibe	1	Sim	Sim	Não	Não
	2	Não	Não	Não	Não
Palmas	1	Sim	Sim	Sim	Sim
	2	Sim	Não respondeu	Sim	Sim
Vitória da Conquista	1	Não	Sim	Não sabe	Não
	2	Sim	Sim	Sim	Sim
Vitória	1	Sim	Sim	Não	Não
	2	Sim	Sim	Sim	Não
Aracaju	1	Não respondeu	Sim	Sim	Não
	2	Sim	Sim	Sim	Sim
São Gonçalo	1	Sim	Sim	Sim	Sim
	2	Sim	Sim	Sim	Sim
Campinas*	2	Sim	Sim	Não	Sim
Goiânia	1	Sim	Sim	Não	Não
	2	Sim	Sim	Sim	Sim
Manaus	1	Sim	Sim	Sim	Não
	2	Sim	Sim	Sim	Não
Brasília	1	Sim	Sim	Sim	Sim
	2	Sim	Não sabe	Sim	Sim

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

* O conselheiro 1 de Campinas não soube informar.

Conselho Municipal de Saúde

Todos os Conselhos Municipais de Saúde pesquisados foram criados nos primeiros anos da década de 90, sendo o mais antigo o de Campinas, criado em 1990. Em 1991, cinco das cidades estudadas instituíram seu CMS e as outras quatro o fizeram em 1993. Foi observado o cumprimento da composição paritária, com metade dos integrantes representando o segmento dos usuários. O número de conselheiros variou entre dez, em Brasília, até 46, em Palmas. São Gonçalo também tinha um CMS pequeno, com 12 integrantes. Camaragibe, Vitória da Conquista, Vitória, Aracaju e Manaus tinham CMS de médio porte, com 16 a 22 integrantes. Os CMS de Campinas e Goiânia estavam compostos por 34 e 32 conselheiros, respectivamente, e, junto com Palmas, poderiam ser considerados como Conselhos Municipais de Saúde de grande porte.

Em todos os municípios, o mandato dos conselheiros tem duração de dois anos, com a possibilidade de recondução. Tampouco existiram diferenças nas respostas dos conselheiros entrevistados em relação à regularidade e freqüência das reuniões dos CMS: os CMS reúnem-se regularmente, com freqüência mínima mensal.

Quadro 18: Ano de criação do Conselho Municipal de Saúde, número de integrantes e duração do mandato, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Ano de criação	Número de integrantes	Duração do mandato (anos)
Camaragibe	1991	16	2
Palmas	1991	46	2
Vitória da Conquista	1991	20	2
Vitória	1991	20	2
Aracaju	1993	22	2
São Gonçalo	1993	12	2
Campinas	1990	34	2
Goiânia	1993	32	2
Manaus	1991	22	2
Brasília	1993	10	2

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

A maior parte dos CMS utiliza como mecanismo de aprovação das deliberações o voto aberto, nominal ou não. Em São Gonçalo e Brasília, um dos conselheiros entrevistados relatou a aprovação por consenso e, em Campinas, um dos conselheiros informou 'outro' mecanismo, sem especificar. Considerando apenas as respostas dos conselheiros que foram convergentes – na medida em que foram entrevistados apenas dois conselheiros por município e não se pode inferir maior veracidade de uma das respostas – observou-se que, em seis dos municípios pesquisados, ambos informaram que as decisões do CMS sempre e muitas vezes são transformadas em resoluções, isto é, adquirem caráter formal em documento escrito, e, em seis municípios (embora não os mesmos), os dois conselheiros informaram que as resoluções do CMS sempre e muitas vezes são homologadas pelo Executivo municipal, adquirindo estatuto legal. Apenas em Camaragibe, Vitória da Conquista, Aracaju e Manaus, os dois conselheiros entrevistados informaram que todo o processo decisório do CMS atende aos requisitos formais e legais.

Foi perguntado aos conselheiros qual o grau de interferência do CMS nas diretrizes e prioridades das políticas municipais de saúde e qual o poder de controle do CMS sobre as ações da SMS. Em metade dos municípios pesquisados, os dois conselheiros concordaram quanto ao grau de interferência do CMS nas Políticas Municipais de Saúde: em Camaragibe, Campinas, Manaus e Brasília, ambos informaram que o CMS tinha muita interferência e, em São Gonçalo, os dois conselheiros entrevistados responderam que o CMS participava das discussões, mas não tinha real interferência nas diretrizes

e prioridades das Políticas Municipais de Saúde. Também em cinco municípios houve concordância das respostas dos conselheiros quanto ao poder de controle do CMS sobre as ações desenvolvidas pela SMS: em Camaragibe, Aracaju, Manaus e Brasília, os conselheiros afirmaram que o CMS tinha poder de controlar as ações da secretaria municipal de Saúde e, em Vitória, ambos consideraram que o CMS apenas legitima decisões já tomadas pelo governo municipal. Portanto, apenas em Camaragibe, Manaus e Brasília, as respostas dos conselheiros foram consensuais para as duas perguntas e, neste caso, as avaliações foram positivas quanto à real interferência do CMS.

Os conselheiros necessitam receber material informativo sobre o tema em discussão, em quantidade suficiente e de fácil compreensão, para que possam tomar decisões sobre os assuntos. Apenas em metade dos municípios pesquisados – Camaragibe, Palmas, Vitória da Conquista, Vitória e Brasília – os dois conselheiros entrevistados tiveram opiniões convergentes a respeito dos três itens, afirmando que sempre recebiam material informativo, e este era suficiente para a tomada de decisão e de fácil compreensão. Em Manaus, os conselheiros entrevistados concordaram apenas que sempre recebiam material informativo e que este era suficiente, porém discordaram em relação à facilidade de compreensão. Em Aracaju e Campinas, ambos os conselheiros só concordaram que sempre e muitas vezes recebiam material informativo e, em Goiânia, as respostas apenas convergiram em que poucas vezes as informações recebidas pelos conselheiros eram suficientes para a tomada de decisões. Em São Gonçalo, as respostas foram divergentes nos três tópicos.

Outra forma de avaliar o processo de deliberação nos Conselhos Municipais de Saúde foi perguntando aos conselheiros sobre a existência de interesses comuns entre todos os conselheiros representando os diversos segmentos; entre os conselheiros representantes do segmento dos usuários; se o processo deliberativo era realizado por meio de negociação de diferentes propostas; se a solução era obtida em comum acordo; e sobre a formação de blocos de interesses no interior do CMS.

Em Camaragibe, Palmas, Vitória e Aracaju, os dois conselheiros responderam que sempre e muitas vezes existiam interesses comuns, tanto entre todos os conselheiros quanto entre conselheiros representantes dos usuários. Em São Gonçalo e Campinas, ambos os conselheiros informaram a existência de interesses comuns apenas entre os conselheiros representantes dos usuários. Em Goiânia e Brasília, os dois conselheiros concordaram apenas que sempre e muitas vezes existiam interesses comuns entre todos os conselheiros, e, em Vitória da Conquista e Manaus, os conselheiros não apresentaram respostas convergentes para nenhuma das duas perguntas.

Em todos os municípios pesquisados, exceto Manaus, os dois conselheiros responderam que nos CMS sempre e muitas vezes ocorrem negociações de diferentes propostas e as soluções são encontradas em comum acordo. Quanto à formação de blocos de interesses entre conselheiros, a situação foi oposta: apenas em dois municípios os dois conselheiros entrevistados apresentaram opiniões convergentes – em Campinas, informando que poucas vezes constituíam-se blocos de interesses e, em Manaus, mencionando que nunca se formavam blocos de conselheiros. Entretanto, apenas em Camaragibe e Manaus, não foram assinalados quaisquer blocos de interesses da lista apresentada, contendo nove possibilidades de respostas. Os blocos mais assinalados, cada qual mencionado em quatro municípios, foram entre os representantes dos gestores e entre representantes de gestores e prestadores. Em três municípios pesquisados, os conselheiros informaram a constituição de blocos entre representantes

dos usuários e, em dois municípios, mencionaram a existência de blocos entre representantes dos profissionais e de bloco composto por representantes dos usuários e dos profissionais.

Parte das ações desenvolvidas pelos Conselhos Municipais de Saúde pode envolver intercâmbio ou o estabelecimento de parcerias com outros órgãos ou instâncias colegiadas existentes no município. Perguntou-se aos conselheiros a respeito da existência e freqüência do intercâmbio. Em São Gonçalo e Brasília, não houve concordância entre os conselheiros entrevistados, em relação a qualquer dos quatro órgãos colegiados selecionados. Em Campinas, apenas um dos conselheiros soube fazer essa avaliação, respondendo que poucas vezes o CMS estabelece intercâmbio com os órgãos selecionados. Em Camaragibe, Goiânia e Manaus, poucas vezes o CMS tem contato com órgãos de defesa do consumidor, situação que nunca ocorre nos CMS de Vitória da Conquista e de Vitória e, apenas em Palmas, realiza-se sempre ou muitas vezes. Em relação ao estabelecimento de parcerias entre o CMS e o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, obtivemos menor número de respostas convergentes dos conselheiros: em Vitória e Aracaju, nunca ocorrem, em Goiânia, poucas vezes e, apenas em Palmas, foi informado acontecerem sempre e muitas vezes.

Em apenas quatro municípios pesquisados, os conselheiros concordaram sobre a existência de intercâmbio entre o CMS e o Conselho Municipal de Educação: em Camaragibe, Palmas e Manaus, ocorrem sempre e muitas vezes, mas nunca acontecem em Aracaju. Nos cinco municípios em que os conselheiros entrevistados concordaram quanto ao estabelecimento de parcerias entre o CMS e o Conselho Municipal de Assistência Social, as respostas foram que estas ocorrem sempre e muitas vezes. Na avaliação dos conselheiros entrevistados, apenas em Palmas o CMS estabelece, com freqüência, intercâmbio e parcerias com três dos quatro órgãos colegiados selecionados.

Quadro 19: Intercâmbio e parcerias entre o CMS e colegiados selecionados, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Órgãos de defesa do consumidor	Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente	Conselho Municipal de Educação	Conselho Municipal de Assistência Social
Camaragibe	Poucas vezes	-	Sempre	Sempre
Palmas	Sempre	Sempre	-	Sempre
Vitória da Conquista	Nunca	-	Sempre	Muitas vezes
Vitória	Nunca	Nunca	-	-
Aracaju	-	Nunca	Nunca	Muitas vezes
São Gonçalo	-	-	-	-
Campinas*	Poucas vezes	Poucas vezes	Poucas vezes	Poucas vezes
Goiânia	Poucas vezes	Poucas vezes	-	Muitas vezes
Manaus	Poucas vezes	-	Muitas vezes	-
Brasília	-	-	-	-

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
Assinaladas as opiniões dos conselheiros representantes dos usuários entrevistados apenas quando convergentes. Quando divergentes, assinaladas com -.
* Apenas um dos conselheiros entrevistados respondeu à pergunta, pois o outro não soube informar.

Controle social e participação da população no PSF

Na implementação do PSF, o controle social envolve tanto a exigência formal de discussão e acompanhamento da estratégia, pelo Conselho Municipal de Saúde, quanto o estímulo para o estabelecimento de sólidos vínculos entre os profissionais da ESF e a população adscrita, característica fundamental na transformação do modelo assistencial. Todos esses aspectos têm nos Conselhos Locais de Saúde uma instância privilegiada para discussão, transformação e aprimoramento das atividades e programas.

A forma de discussão do PSF, no Conselho Municipal de Saúde, permite analisar a percepção dos conselheiros entrevistados em relação à efetiva participação do CMS no processo de implementação. Em Camaragibe, Palmas, Vitória da Conquista, Aracaju e Brasília, os dois conselheiros afirmaram que a implantação do PSF, no município, foi discutida no CMS com profundidade e participação. Em Vitória e São Gonçalo, ambos concordaram que o projeto já chegara pronto no CMS e não foi possível modificar ou adaptar. Entretanto, em São Gonçalo, um dos conselheiros entrevistados também assinalou que a discussão foi realizada rapidamente, embora todos os conselheiros tenham podido intervir, e que o projeto fora aprovado para cumprir exigência normativa do Ministério da Saúde. Em Campinas e Goiânia, um dos conselheiros entrevistados informou que a discussão da proposta no CMS tinha sido rápida, mas que todos os conselheiros tiveram oportunidade de intervir, e o outro conselheiro assinalou a alternativa 'outra forma de discussão', sem, entretanto, especificá-la. Em Manaus, um dos

conselheiros declarou que o PSF foi discutido profundamente no CMS, e com participação, enquanto o outro conselheiro assinalou a alternativa 'outra forma de discussão', sem mais detalhes a respeito.

Em apenas três municípios pesquisados, os dois conselheiros entrevistados concordaram em relação ao grau de interferência do CMS nas diretrizes e prioridades do PSF: os conselheiros de Manaus e Brasília afirmaram que o CMS tinha muita interferência, enquanto em Campinas consideraram ser pequena.

Em metade dos grandes centros urbanos pesquisados, as respostas dos conselheiros foram convergentes em relação ao poder do CMS de controlar as atividades realizadas no PSF: em Vitória, os dois conselheiros afirmaram que o CMS não tinha poder de controlar, enquanto, em Camaragibe, Palmas, Manaus e Brasília, consideraram que o CMS tinha poder de controlar as atividades realizadas no PSF.

Foi solicitado a cada conselheiro entrevistado que informasse a freqüência com que o CMS realizava um conjunto de atividades relacionadas com a implementação do PSF, para poder analisar o grau de interferência do CMS no desenvolvimento do programa no município. Apenas em Camaragibe e Campinas, os dois conselheiros entrevistados concordaram em relação à interferência do CMS na escolha das comunidades para implantar o PSF: em Camaragibe, afirmaram que existe sempre ou muitas vezes interferência do CMS e, em Campinas, que o CMS nunca interfere nesse aspecto. Em Palmas, Vitória da Conquista, Vitória, Campinas e Goiânia, ambos informaram que o CMS nunca interfere na seleção ou indicação de agentes comunitários de saúde.

Em apenas quatro dos dez grandes centros urbanos pesquisados, as opiniões dos conselheiros foram convergentes em relação à interferência do CMS na definição de recursos financeiros para o PSF: em Vitória e Palmas, assinalaram que o CMS nunca interfere nesse aspecto e, em Manaus e Brasília, que sempre tem interferência. Maior número de municípios pesquisados apresentaram concordância nas respostas dos conselheiros em relação ao acompanhamento das atividades realizadas pelas equipes de Saúde da Família pelo CMS: em Palmas, Vitória da Conquista, Aracaju e Manaus, isso acontece sempre e muitas vezes, e, em Camaragibe e São Gonçalo, poucas vezes o CMS acompanha as atividades realizadas pelas ESF.

Quadro 20: Interferência do CMS em aspectos selecionados do PSF segundo os conselheiros municipais representantes de usuários, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Escolha das comunidades para implantar ESF	Seleção ou indicação de ACS	Definição de recursos financeiros para PSF	Acompanhamento de atividades realizadas ESF
Camaragibe	Sempre	-	-	Poucas vezes
Palmas	-	Nunca	-	Sempre
Vitória da Conquista	-	Nunca	-	Sempre
Vitória	-	Nunca	Nunca	-
Aracaju	-	-	-	Sempre
São Gonçalo	-	-	-	Poucas vezes
Campinas	Nunca	Nunca	-	-
Goiânia	-	Nunca	Nunca	-
Manaus	-	-	Sempre	Sempre
Brasília	-	-	Sempre	-

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
Assinaladas as opiniões dos conselheiros representantes dos usuários, entrevistados, apenas quando convergentes. Quando divergentes, assinaladas com -.

A cada um dos integrantes das ESF e às famílias pesquisadas foram feitas diversas perguntas sobre as instâncias de participação social. Em relação ao Conselho Local de Saúde, indagou-se a respeito de sua existência na unidade em que trabalhavam ou na qual estavam adscritas e sobre a sua participação na instância local de controle social. Aos profissionais de nível superior de todos os municípios pesquisados, exceto Vitória da Conquista e Goiânia, a pergunta foi se algum profissional da ESF participava do CLS como membro efetivo. Nesses dois municípios, perguntou-se ao profissional de nível superior se participava do CLS e com qual freqüência. Para auxiliares de enfermagem e ACS, a pergunta referia à freqüência de sua participação. Às famílias, indagava-se se conheciam ou já tinham ouvido falar do CLS e se alguém da família participava sempre das reuniões. Na tentativa de comparar as respostas dos diversos grupos de profissionais e famílias, escolhemos para analisar apenas a freqüência de participação 'sempre', embora, em muitas cidades, o maior percentual de respostas referisse uma participação 'ocasional'.

A existência de CLS nas unidades de saúde em que trabalhavam não foi assinalada de maneira uniforme pelos três grupos que integram as ESF, exceto em Camaragibe[14] e Manaus, onde as respostas de todas as categorias profissionais indicam a existência de número muito reduzido de CLS e, ao contrário,

[14] Em Camaragibe, foi desenvolvido o programa de Administração Participativa nas áreas de saúde, educação e assistência social, estabelecendo formas particulares de participação da população como o Conselho de Delegados, com o objetivo de mobilizar os moradores e discutir soluções e perspectivas com os técnicos da prefeitura. Foram instituídos também representantes de ruas e delegados do Orçamento Participativo. Essa proposta de participação da população, que vai além do setor Saúde, pode ter interferido na ausência de empenho na criação dos Conselhos Locais de Saúde.

em Aracaju, em que os altos percentuais – acima de 89% – de todos os integrantes das ESF confirmaram a existência de CLS. Em Palmas, Vitória da Conquista, Vitória e Goiânia, as respostas parecem indicar a existência de CLS em cerca da metade das unidades de saúde, enquanto, em Brasília, parecem indicar número muito reduzido de CLS. Não foi possível observar percentuais mais elevados de conhecimento da existência de CLS, de parte de alguma categoria específica entre os integrantes das ESF em todos os municípios pesquisados.

O número de famílias adscritas ao PSF que conheciam ou já tinham ouvido falar da existência de CLS foi, em geral, muito menor que qualquer categoria profissional integrante das ESF, exceto em Camaragibe, onde o percentual de famílias que declararam conhecer o CLS foi tão baixo quanto o de ACS que informaram a sua existência. Os percentuais mais elevados de conhecimento da existência de CLS foram verificados entre as famílias pesquisadas em Vitória da Conquista (26%) e Aracaju (25%). Aracaju foi, portanto, o município em que todos os entrevistados – famílias e integrantes das ESF – mais conheciam a existência de CLS.

Em Palmas, Vitória e Manaus, cerca de 18% das famílias pesquisadas informaram conhecer o CLS, enquanto os percentuais mais reduzidos de conhecimento do CLS, por famílias adscritas ao PSF, foram verificados em Goiânia (em contraposição à informação fornecida por integrantes das ESF) e em Camaragibe e Brasília (corroborando as informações das ESF).

A participação de integrantes das ESF e das famílias nos CLS foi verificada entre os profissionais que anteriormente tinham informado a existência de CLS na unidade em que trabalhavam ou entre as famílias que conheciam a sua existência. Na maior parte das cidades, não foi observada uma participação homogênea dos diversos grupos profissionais. Goiânia constituiu uma exceção pelo negativo, isto é, de forma homogênea, os três grupos integrantes das ESF informaram participar sempre do CLS em proporções reduzidas, e Vitória da Conquista constituiu uma exceção pelo positivo – entre 60 e 70% dos profissionais de nível superior, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde informaram participar sempre do CLS.

Em Palmas, percentual significativo dos profissionais de nível superior informou participar do CLS (70%), mas menos da metade dos auxiliares de enfermagem e dos ACS declarou sempre participar e apenas 5% das famílias pesquisadas participavam. Em Aracaju, a dissimetria da participação foi ainda mais acentuada, pois informavam participar do CLS cerca de 86% dos profissionais de nível superior, 24% dos auxiliares de enfermagem e 17% dos ACS; entretanto, apenas 7% das famílias pesquisadas informaram sempre participar do CLS.

Manaus chama a atenção nesse aspecto. Enquanto nenhum profissional de nível superior e nenhum auxiliar de enfermagem afirmou participar sempre do CLS, e os percentuais de respostas sobre a existência de CLS dos três grupos sugeriam que estes eram em número muito reduzido, cerca de 27% dos ACS que informaram o funcionamento de um CLS em suas unidades assinalaram sempre participar. O percentual de famílias pesquisadas que declarou sempre participar do CLS foi cerca de 5%.

As famílias pesquisadas em Vitória da Conquista apresentaram o maior percentual de participação nos CLS (26%), corroborando a intensidade observada entre os integrantes das ESF, assim como as famílias pesquisadas em Goiânia confirmaram a baixa participação das ESF nos CLS, pois nenhum morador participava dos CLS. O segundo percentual mais elevado de famílias que informaram sempre participar do CLS foi verificado em Vitória, município em que pouco mais da metade dos profissionais de nível superior, ao redor de 19% dos ACS e 4% dos auxiliares de enfermagem, participavam sempre do CLS.

Quadro 21: Existência de Conselho Local de Saúde e participação de integrantes das ESF e famílias usuárias pesquisadas (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Nível superior		Aux. enfermagem		ACS		Famílias	
	Existe	Participa[1]	Existe	Participa[2]	Existe	Participa[2]	Existe	Participa[3]
Camaragibe	20,8	7,5	31,0	11,2	8,6	37,4	8,3	5,0
Palmas	71,2	70,3	55,6	46,7	65,0	47,2	18,3	4,5
Vitória da Conquista*	56,3	69,4	60,0	61,1	57,3	73,1	26,0	25,9
Vitória	87,3	56,4	67,1	3,9	77,8	18,5	17,5	9,5
Aracaju	97,8	85,9	93,6	24,1	88,7	16,7	24,6	6,8
Goiânia*	84,0	8,9	66,7	7,9	71,8	6,8	12,0	0,0
Manaus	10,7	0,0	8,5	0,0	5,7	26,7	17,4	4,8
Brasília	40,5	43,3	28,6	3,3	26,1	16,7	11,3	3,7

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

* O instrumento utilizado em Vitória da Conquista e Goiânia perguntava aos profissionais de nível superior se eles participavam do CLS e com qual freqüência. Consideradas as respostas 'sempre, como representante da ESF'.

(1) Percentual de profissionais que responderam que algum profissional da ESF participa do CLS como membro efetivo entre o total de profissionais que informou a existência de CLS na USF em que trabalham.

(2) Percentual de auxiliares de enfermagem ou de ACS que responderam participar sempre do CLS entre o total de auxiliares de enfermagem ou de ACS que informaram a existência de CLS na unidade em que trabalham.

(3) Percentual de famílias que responderam que alguém da residência participa sempre do CLS entre o total de famílias entrevistadas que informaram conhecer o CLS.

Das atribuições comuns a todos os profissionais que integram as ESF constam:

> conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde; (...) fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais (BRASIL, 2001, p. 75).

A realização do levantamento das condições locais de saúde e a participação das famílias foram pesquisadas por meio de perguntas aos integrantes das ESF e às famílias usuárias do PSF entrevistadas. As respostas dos profissionais de nível superior informam sobre sua percepção, enquanto as respostas dos auxiliares de enfermagem, ACS e famílias informam sobre experiências. A base numérica também é diferente, pois obtivemos informações de todos ou de amostra representativa dos integrantes das ESF, enquanto foram pesquisadas 100 famílias em Goiânia, 104 em Vitória da Conquista, 241 em Manaus e 240 nos demais municípios. Portanto, as respostas não permitem uma análise comparativa no sentido estrito do termo, mas possibilitam observar diferenças e semelhanças entre ESF e famílias.

Em Aracaju, Camaragibe e Brasília, as respostas dos integrantes das ESF e das famílias têm semelhanças e foram positivas. Em Aracaju, cerca de 60% dos auxiliares de enfermagem informaram forte participação das lideranças comunitárias no levantamento das condições de saúde, menor percentual de famílias não sabia informar sobre a realização do diagnóstico e, entre essas, maior percentual participou de sua elaboração.

Em Camaragibe, cerca de 30% dos profissionais de nível superior consideraram que a população valoriza muito a realização de reuniões para discutir o diagnóstico; 29% dos auxiliares de enfermagem e 35% dos ACS informaram forte participação de lideranças comunitárias no levantamento das condições de saúde e, embora a maior parte das famílias informasse desconhecer a realização do diagnóstico local de saúde (76%), entre as que sabiam informar, 20% participaram de sua elaboração. Em Brasília, a percepção dos profissionais de nível superior foi semelhante à de Camaragibe, porém menor percentual de auxiliares de enfermagem (13%) e de ACS (20%) informaram forte participação de lideranças comunitárias no diagnóstico das condições de saúde. Entretanto, menor percentual das famílias entrevistadas não sabia informar sobre a realização do levantamento (59%) e maior percentual de famílias tinha participado (22%).

Em Palmas, as respostas dos integrantes das ESF e das famílias também apresentaram semelhanças, embora sem uma tendência nítida de avaliação positiva ou negativa. Em Vitória da Conquista e Manaus, as diferenças entre as respostas dos integrantes das ESF e das famílias foram nítidas, porém, em Vitória da Conquista, as famílias apresentaram respostas mais negativas – elevado desconhecimento da realização de diagnóstico e baixa participação –, enquanto, em Manaus, os integrantes das ESF foram mais críticos – poucos profissionais de nível superior consideraram que a população valoriza muito as reuniões para discutir diagnóstico de saúde e percentuais reduzidos de auxiliares de enfermagem e de ACS informaram forte participação das lideranças comunitárias no levantamento das condições de saúde.

Em Vitória, a percepção negativa dos profissionais de nível superior aproximou-se do elevado desconhecimento e participação das famílias no diagnóstico das condições de saúde, enquanto 21% dos auxiliares de enfermagem e 40% dos ACS informaram forte participação das lideranças comunitárias na realização do levantamento das condições de saúde. Em Goiânia, o elevado percentual de profissionais de nível superior, que considerou que as famílias valorizavam muito as reuniões para discutir o diagnóstico de saúde, foi contraposto pelas respostas tanto dos ACS quanto das famílias. Estas foram, entre todos os municípios pesquisados, as que mais responderam desconhecer a realização do diagnóstico local de saúde e nenhuma participou de sua elaboração.

Quadro 22: **Percepção dos integrantes das ESF, conhecimento e participação das famílias usuárias do PSF pesquisadas sobre a realização de diagnóstico de saúde local (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Indicadores	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
Profissionais NS consideram que a população valoriza muito: reuniões para discutir diagnóstico de saúde	30,2	28,8	54,7	11,1	30,9	73,4	17,9	31,1
Integrantes ESF informaram forte participação de lideranças comunitárias no diagnóstico de saúde								
Auxiliar de enfermagem	28,5	11,1	...	21,1	58,0	...	13,6	13,0
Agentes comunitários de saúde	34,5	18,4	24,1	39,2	21,6	13,6	18,8	20,0
Famílias pesquisadas informaram sobre a realização de diagnóstico de saúde								
Foi realizado e concluído	4,6	3,8	2,9	2,5	5,4	2,0	13,7	5,8
Não foi realizado	17,9	5,8	7,7	8,3	21,7	9,0	17,8	22,1
Não sabem se foi realizado	75,8	80,8	81,7	83,3	61,2	87,0	56,0	58,7
Famílias que participaram do diagnóstico de saúde*	20,0	15,6	5,8	15,8	31,7	0,0	20,6	21,7

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
Obs.: a versão do questionário utilizado nos municípios de Vitória da Conquista e Goiânia permite calcular apenas a média para auxiliares de enfermagem e ACS. Nesses municípios, as respostas dos profissionais de nível superior agrupam os que consideravam que a população 'valoriza muito' e 'valoriza' a realização de reuniões para discutir o diagnóstico de saúde. No instrumento utilizado nos demais municípios, não existia a opção de resposta 'valoriza'.
* Percentual de famílias que souberam informar se foi realizado diagnóstico de saúde.

O estabelecimento de canais, mecanismos e instrumentos formais para que os usuários dos serviços de saúde apresentem queixas, denúncias ou sugestões constitui fator de grande importância para o controle social. A existência de Centrais de Atendimento ao Usuário e seu funcionamento adequado – investigando a denúncia, informando as conclusões ao usuário e encaminhando ao setor competente para que este execute as atividades necessárias – demonstra a permeabilidade do Sistema de Saúde às demandas oriundas da população, permite a intervenção dos gestores em situações que de outra forma passariam despercebidas e aumenta a confiança e satisfação dos usuários com os serviços de saúde.

Esse aspecto foi pesquisado perguntando-se às famílias entrevistadas se sabiam para onde ou a quem procurar, caso necessitem fazer uma denúncia ou uma queixa sobre problemas ocorridos nos serviços de saúde, e se alguma vez já haviam realizado queixas ou denúncias sobre esses problemas. Nas duas perguntas, em caso de resposta positiva, solicitava-se que informasse o local ou a pessoa. Aos conselheiros Municipais de Saúde representantes dos usuários, perguntou-se sobre quais eram as possibilidades dos usuários do PSF apresentarem sugestões e/ou denúncias sobre o seu funcionamento, podendo assinalar mais de uma resposta.

Entre 22% e 39% das famílias pesquisadas informaram saber onde realizar denúncias ou queixas sobre problemas ocorridos nos serviços de saúde. Em Camaragibe, Vitória da Conquista e Aracaju, esse percentual foi superior a 35%. Percentuais muito menores – entre 2% e 9% – de famílias já haviam apresentado queixas ou denúncias. As famílias de Goiânia foram as que mais apresentaram denúncias ou queixas (9%) e 5% ou mais das famílias pesquisadas em Camaragibe, Vitória e Manaus tinham alguma vez realizado queixas ou denúncias.

Apenas em Palmas, Manaus e Brasília, os dois conselheiros entrevistados informaram a existência de canais formais de comunicação como Central de Atendimento, telefone, caixas de sugestões/reclamações nos serviços, etc., enquanto em Vitória da Conquista somente um dos conselheiros afirmou existirem esses canais de comunicação. Em Palmas e Aracaju, os dois conselheiros mencionaram que os usuários podiam apresentar queixas ou sugestões por intermédio dos CLS, opinião compartilhada por apenas um dos conselheiros entrevistados em Vitória da Conquista, Vitória e Goiânia.

Os dois conselheiros entrevistados em Camaragibe, Palmas, Aracaju e Manaus concordaram que os usuários poderiam apresentar queixas ou denúncias, entrando em contato com representantes no Conselho Municipal de Saúde, mecanismo também assinalado somente por um dos conselheiros em Vitória da Conquista e Goiânia. Apenas em Palmas, os dois conselheiros informaram que os usuários têm de ir diretamente na Secretaria Municipal de Saúde, afirmação contraditória com as fornecidas pelos mesmos conselheiros a respeito da existência de canais formais de comunicação no município. Um dos conselheiros entrevistados em Camaragibe, Vitória da Conquista e Aracaju informou que os usuários devem dirigir-se à SMS. Alguns conselheiros entrevistados mencionaram outras formas dos usuários do PSF apresentarem sugestões e/ou denúncias sobre o funcionamento do PSF: médicos, ACS, associações representativas e rádio.

Quadro 23: Famílias entrevistadas que conhecem onde apresentar e que já apresentaram queixas e denúncias (%) e formas dos usuários do PSF apresentarem sugestões ou denúncias, segundo os conselheiros entrevistados, PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Famílias entrevistadas		Conselheiros representantes usuários			
	Sabem onde realizar queixas ou denúncias	Realizaram queixas ou denúncias	Canais formais	CLS	CMS	SMS
Camaragibe	36,6	4,7	-	-	X	P
Palmas	34,1	1,6	X	X	X	X
Vitória da Conquista	34,6	1,9	P	P	P	P
Vitória	30,1	5,8	-	P	-	-
Aracaju	38,8	3,7	-	X	X	P
Goiânia	22,0	9,0	-	P	P	-

continua...

...continuação

Município	Famílias entrevistadas		Conselheiros representantes usuários			
	Sabem onde realizar queixas ou denúncias	Realizaram queixas ou denúncias	Canais formais	CLS	CMS	SMS
Manaus	25,0	5,4	X	-	X	-
Brasília	22,9	3,4	X	-	-	-

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
Legenda: (-) não foram mencionados pelos conselheiros entrevistados; (X) – referido pelos dois conselheiros entrevistados; (P) parcial - referido apenas por um dos conselheiros entrevistados.

Estratégias de implementação

Eixo que possibilita identificar modalidades de implantação do PSF, condicionando potenciais dificuldades e facilidades no alcance da integração do programa/Atenção Básica à rede de serviços de saúde e da integralidade da atenção à saúde. Foram selecionados como critérios para análise desse eixo: motivos enunciados pelos gestores para a implantação e grupos populacionais prioritários; as modalidades de implantação, incluindo concepção dos modelos implementados, processo e tipo de coordenação; a cobertura populacional do PSF; a capacidade instalada do PSF e tipos de unidades do Saúde da Família.

Motivos para implantação

Os motivos para implantação do PSF apresentados pelos gestores, embora não suficientes para avaliar o modelo implementado, expressam intenções que orientam diferentes estratégias. Os motivos enunciados pelos gestores foram similares nos diversos municípios. Extensão de cobertura para áreas de difícil acesso com oferta insuficiente ou ausente foi motivo apontado em todos os municípios, dando-se prioridade, na implantação das primeiras ESF, na cobertura de grupos vulneráveis identificados, como população de baixa renda, de maior risco epidemiológico ou áreas de risco social. Em diversos municípios, a opção para escolha das primeiras áreas, nas quais o PSF seria implantado, foi começar por bairros sem serviços de saúde, de difícil acesso e com população de baixa renda. A identificação e seleção das áreas foram feitas por meio da observação de indicadores sociais e de saúde, de levantamentos da distribuição de serviços de saúde, análise do índice de desenvolvimento humano em reuniões com associações de moradores e no Conselho Municipal de Saúde.

A mudança do modelo de Atenção Básica foi também motivo apontado mesmo em localidades, nas quais o programa foi implantado, de modo paralelo à rede básica preexistente. Todavia, apenas em parte dos municípios pretendia-se simultaneamente a reorganização do sistema municipal como um todo ou o aprimoramento da organização preexistente, tendo-se a perspectiva de uma Atenção Básica integrada à rede assistencial.

O incentivo financeiro do Ministério da Saúde ao PSF, embora tenha influenciado na decisão dos municípios em aderirem ao programa, não foi mencionado como fator decisivo para a implantação. Objetivos de capitalização política por parte do Executivo local com a expansão de cobertura de assistência à saúde, propiciada pelo PSF, também puderam ser observados, por vezes, com indícios de clientelismo.

Quadro 24: Motivos para a implantação do PSF apresentados pelos gestores municipais, dez grandes centros urbanos, Brasil

Município	Extensão de cobertura	Reorganização do sistema municipal	Prioridade para grupos vulneráveis	Mudança do modelo de atenção básica
Camaragibe	Áreas sem serviços de saúde	Sim	Áreas carentes	Sim
Palmas*	Áreas sem serviços de saúde	...	População carente	Sim
Vitória da Conquista	Áreas sem serviços de saúde	Sim	População de baixa renda; risco social e epidemiológico	Sim
Vitória	Ampliação do acesso	Sim	População carente e risco epidemiológico	Sistema integrado de base territorial
Aracaju	Áreas com oferta insuficiente	Sim	Áreas de risco social e bolsões de miséria	Sim
São Gonçalo	Áreas de difícil acesso	Sim	Risco epidemiológico	Reestruturação da atenção básica
Campinas	Áreas sem serviços e de difícil acesso	Sim	Pior IDH e população carente	Atenção básica integral (promoção e clínica)
Goiânia	Áreas de difícil acesso	Não	Risco epidemiológico; elevada mortal. infantil	Programa com novo modelo
Manaus	Áreas sem serviços de saúde (inicial)	Não	Áreas de risco ambiental; população carente	Programa com novo modelo
Brasília	Áreas com oferta insuficiente	Não	População carente; áreas de risco e população rural	Não

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Em Palmas, os gestores entrevistados não souberam informar sobre motivos iniciais.

Modalidades de implantação – processo, concepção e tipo de coordenação

Quanto ao processo adotado para implantação, observaram-se modelos polares em relação ao ritmo: 'rápido' – implantação de um grande número de ESF, visando a obter o máximo de cobertura no menor prazo possível; 'gradual' – implantação progressiva com avaliação dos resultados obtidos.

A implantação do PSF nas cidades estudadas ocorreu entre 1994 e 2001, e na sua maioria no ano de 1998. Camaragibe foi pioneiro, entre os municípios estudados, implantando o programa em 1994. Campinas e São Gonçalo iniciaram o processo em 2001. Quanto ao ritmo de implantação, em seis dos municípios, observou-se processo gradual com implantação de pequeno número de equipes no primeiro ano e posterior expansão. Em quatro situações, ocorreu processo rápido com implantação simultânea de grande número de ESF. Foi evidenciado que, em geral, nos processos de implantação rápida as dificuldades foram maiores, aflorando maiores resistências e com potencialidade de desestruturação da atenção preexistente. O início por meio de projeto piloto, com avaliação prévia, à expansão do PSF para outras áreas em processo participativo, incluindo profissionais da rede e população, facilitaram a implementação.

Em Camaragibe, a implantação do PSF ocorreu de modo gradual, contudo, podem ser observadas três etapas de implementação. Em uma primeira fase, foram implantadas, em 1994, quatro ESF como projeto piloto por sugestão do Ministério da Saúde, em áreas sem assistência. A partir da avaliação desse projeto piloto, no ano seguinte, foi realizada a fusão do PACS e PSF, configurando uma segunda etapa do programa com substituição de quatro postos de saúde tradicionais e ampliação progressiva do número de unidades, de ESF e da cobertura populacional até 1999. A partir de então, ocorreu consolidação, momento no qual, alcançada razoável cobertura de Atenção Básica, a garantia de acesso a outros níveis de complexidade da atenção tornou-se crucial.

O Programa Saúde da Família foi implantado no Município de Palmas como estratégia de reorientação da Atenção Básica com implantação de seis ESF no primeiro ano e importante expansão no ano seguinte. Os Centros e Postos de Saúde existentes foram transformados em Unidades de Saúde da Família, incorporando ESF no padrão preconizado pelo Ministério da Saúde, mas mantendo profissionais da rede em atividades de apoio (auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos) e em atividades assistenciais (odontólogos).[15] Em 2002, o PSF encontrava-se em etapa de lenta expansão.

Em Vitória da Conquista, os objetivos para implantação do PSF estiveram relacionados a necessidades de extensão de cobertura da Atenção Básica, sendo inicialmente priorizadas, para implantação do PSF, áreas periféricas urbanas de menor renda familiar. Posteriormente, o programa passou a ser entendido como estratégia para reorientação do modelo assistencial do SUS municipal. Para tal, novas unidades foram construídas e algumas unidades básicas convertidas em USF, não existindo o compartilhamento de uma mesma unidade por ESF e equipes tradicionais. Pode-se evidenciar três fases no processo de implementação do PSF em Vitória da Conquista. Uma fase inicial de implantação das primeiras cinco

[15] O município mantém diversas áreas de PACS que atuam de modo articulado com as ESF. Os agentes comunitários de saúde recebem supervisão do profissional de enfermagem da ESF e os habitantes das áreas cobertas por PACS são atendidos pelos médicos das equipes de Saúde da Família da área.

equipes e posterior paralisia por cerca de um ano. Uma segunda fase de avanço com ampliação do número de equipes para áreas contíguas na área urbana e importante extensão de cobertura na área rural (dezembro de 1999 a julho de 2001). Em agosto de 2001, os gestores caracterizavam a estratégia como em situação de estabilização do ciclo de crescimento, período de avaliação e de melhoria da qualidade por meio de capacitação e renovação da estrutura física das USF rurais.

O PSF em Vitória foi implantado na perspectiva de agilizar a reorientação do modelo assistencial, pretendida pela SMS com constituição de um sistema integrado de serviços de saúde de base territorial. Surgiu como experiência piloto, com implantação de cinco equipes em uma das seis regiões (São Pedro) do município, área com baixos indicadores sociais e oferta insuficiente de serviços de saúde, articulada a um projeto urbanístico e intersetorial do governo municipal para a região. Após um ano da implantação do projeto piloto, ocorreu importante expansão de ESF e cobertura populacional em outras regiões. Em 2002, ocorrera desaceleração do processo de expansão e os gestores consideravam o momento como de qualificação dos profissionais e do trabalho das ESF.

O Programa Saúde da Família foi implantado em Aracaju, em 1998, com a perspectiva de mudança do modelo assistencial da Atenção Básica. Unidades básicas tradicionais foram transformadas em Unidades de Saúde da Família (USF). Somente após dois anos de sua criação, o programa foi ampliado para novas áreas. Em 2000, foram implantadas outras 34 ESF, completando um total de 48 ESF no ano, e convertidas 12 unidades básicas em Unidades de Saúde da Família. Em meados de 2001, nova gestão municipal deu continuidade à estratégia com mudança da concepção de modelo assistencial, com programação menos rígida de atividades das ESF, visando a facilitar o acesso e atender também a população não integrante dos grupos prioritários.

A implantação do PSF no Município de São Gonçalo partiu de iniciativa da secretária Municipal de Saúde, com amplo apoio de novo prefeito, médico, que iniciava a gestão em 2001 e que tivera na saúde um dos carros-chefe de sua campanha eleitoral. A orientação político-institucional dada pela nova secretária foi ousada, com a implantação acelerada e em larga escala do PSF no município. De acordo com o projeto de implantação do PSF e do PACS em São Gonçalo, o programa tinha como perspectiva a construção de um novo modelo municipal de atenção à saúde, de forma a reordenar a demanda caótica aos serviços de nível secundário e terciário e organizar a rede de Atenção Básica. A estratégia adotada foi de implantação abrupta de 167 ESF, de forma a atingir cobertura imediata de 70% da população. Em diversas áreas onde o PSF foi implantado, existiam unidades básicas de saúde tradicionais que foram transformadas em USF e tiveram seus profissionais remanejados. Instabilidade político-partidária no governo municipal gerou mudanças de rumo da política adotada, interferindo na continuidade do projeto originariamente desenhado para o PSF.[16] De acordo com depoimentos de gerentes da SMS, a rede básica tradicional existente no município foi desestruturada para dar lugar ao PSF que não conseguiu garantir continuidade da atenção, gerando atritos com usuários, associações de moradores e de parte dos profissionais de saúde. Em 2002, o PSF encontrava-se ainda em fase inicial de implantação, não havendo outras propostas de expansão.

[16] Após quatro meses da implantação das ESF, ocorreram mudanças no interior da SMS com afastamento da secretária Municipal de Saúde.

Quadro 25: Processo de implantação do PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil

Município	Data de implantação	Características do processo de implantação		
		Ritmo	ESF 1.º ano	Fases
Camaragibe	Ago-1994	Gradual	4	Projeto piloto, expansão com substituição e estabilização
Palmas	1998	Gradual	6	Substituição das unidades básicas, grande expansão e expansão lenta
Vitória da Conquista	Out-1998	Gradual	5	Pequeno número inicial de ESF, expansão limitada às áreas contíguas, expansão e estabilização
Vitória	Dez-1998	Gradual	5	Projeto piloto, grande expansão e expansão lenta
Aracaju	Mar-1998	Gradual	12	Experiência piloto, substituição com grande expansão e expansão lenta
São Gonçalo	Mai-2001	Rápido	179	Abrupto e desarticulador da atenção básica
Campinas	Ago-2001	Rápido	100	Implantação acelerada com reorganização interna das unidades básicas
Goiânia	Out-1998	Gradual	7	Implantação e expansão inicial de equipes volantes, modificação do modelo
Manaus	Mar-1999 Set-2001	Rápido	106	Expansão acelerada de programa "similar", adaptação gradual do modelo sem expansão
Brasília	1997	Rápido	131	Expansão acelerada de programa "similar", ruptura com descontinuidade
	Jun-1999		121	Nova implantação acelerada com dois tipos de ESF, retração por equipes incompletas

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Em Campinas, o PSF iniciou em 2001 com implantação acelerada de 100 ESF no primeiro ano, a partir de reorganização interna das unidades básicas de saúde preexistentes. A rápida implantação desse grande número de ESF foi antecedida por ampla discussão e sensibilização da população e dos profissionais como estratégia deliberada para buscar legitimidade ao interior das unidades de saúde existentes. Em 2002, pretendia-se implantar mais 50 ESF, até dezembro.

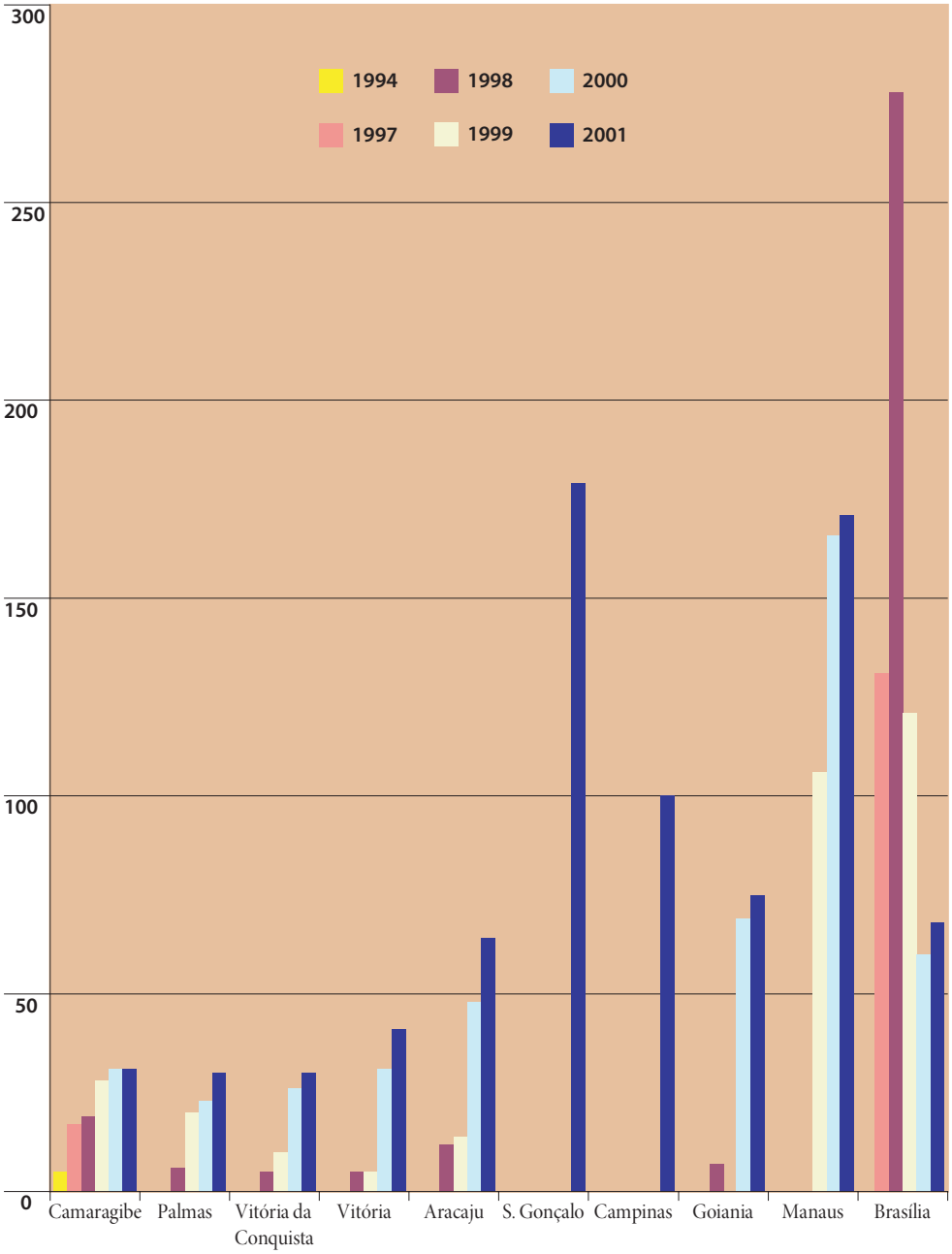
Em Goiânia, o programa foi iniciado com implantação de sete ESF em um mesmo bairro, área com população carente e organizada, ocorrendo expansão gradual nos dois anos subseqüentes até atingir 69 ESF. As primeiras ESF foram implantadas como volantes, sem espaço físico para exercer suas atividades. Em 2001, nova gestão municipal iniciava a mudança do modelo implementado, completando as ESF existentes e com proposta de expansão.

Em Manaus, o PSF teve origem no Programa Médico de Família (PMF), criado em março de 1999, com características específicas e sem a participação do profissional de enfermagem na equipe. Implantado de modo paralelo à rede assistencial preexistente, o PMF teve expansão acelerada nos dois anos subseqüentes e, em 2001, foi iniciado o processo de adaptação para PSF. A mudança de modelo do PMF para PSF, em março de 2002, não estava concluída, não sendo possível dissociar o processo de implementação dos dois programas.

Em Brasília, a implantação do Saúde da Família foi descontinuada, podendo-se considerar já ter ocorrido a implantação de dois programas no DF. Uma experiência semelhante foi desenvolvida a partir de 1997, com o programa denominado Saúde em Casa, que chegou a implantar cerca de 270 equipes. Com a mudança de governo do DF, em 1999, o Programa Saúde em Casa foi extinto logo no início da nova gestão. As unidades de saúde do programa foram fechadas, com demissão de todos os profissionais, recolhimento dos equipamentos para depósito e devolução das casas alugadas aos proprietários. O processo de extinção do Saúde em Casa e a posterior implantação do PSF foram conflituosos, ocorrendo manifestações de profissionais e usuários, além de ação movida pelo Ministério Público.

Em 1999, foi implantado o PSF com 121 ESF no primeiro ano, em processo rápido. A seleção das áreas para dar início ao programa considerou as localidades de maior vulnerabilidade social e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A interrupção do Programa Saúde em Casa dera visibilidade à existência de grandes contingentes populacionais com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, impondo, como critério para implantação das primeiras equipes do PSF, a eleição de localidades onde os "vazios assistenciais" seriam maiores. A implantação rápida de 120 ESF no primeiro ano foi frustrada pela dificuldade em fixar profissionais médicos, o que levou a uma redução em mais de 50% no número de ESF e na população coberta nos anos subseqüentes. Brasília foi o único caso estudado no qual ocorreu retração na implantação do PSF.

Gráfico 1: Processo de implantação de ESF, dez grandes centros urbanos, Brasil



Quanto à concepção dos modelos implementados, o Saúde da Família, nos casos estudados, foi caracterizado polarmente como uma estratégia que visa a mudar o modelo assistencial na Atenção Básica, substituindo as unidades básicas preexistentes, ou como um programa constituído de modo paralelo à estrutura de atenção à saúde preexistente. Nas concepções de estratégia, a substituição pode ser total ou parcial, quando apenas parte das unidades básicas foram substituídas por USF ou nos casos que a implantação do Saúde da Família ocorreu somente por meio de criação de novas unidades de saúde, expandindo cobertura em áreas previamente sem assistência, convivendo com a rede básica tradicional sem superposição.

Afora essa diferenciação polar nas concepções dos modelos implementados, foram observadas particularidades locais sugestivas das especificidades do processo de substituição da Atenção Básica por ESF em grandes centros urbanos, assinaladas no quadro e apresentadas a seguir.

Em Camaragibe e Palmas, o PSF foi implantado como estratégia de mudança de modelo assistencial da Atenção Básica, com substituição total (ou quase) da rede básica municipal preexistente e instalação de novas unidades em imóveis alugados, alcançando cobertura de mais de 70% da população. A implantação do PSF em Camaragibe objetivou a reformulação do modelo de atenção à saúde a partir da Atenção Básica, pretendendo-se a USF como porta preferencial de entrada no sistema. Parte das unidades básicas de saúde foi transformada em um segundo nível de assistência, com especialidades para referência.

Em Vitória da Conquista, o PSF foi implementado como estratégia de mudança de modelo assistencial e reorganização da rede do SUS no município, tendo ocorrido substituição parcial das unidades básicas e permanecendo a rede tradicional em áreas ainda não cobertas pelo PSF, com adscrição parcial de clientela. Não ocorrendo, portanto, superposição de USF com a rede básica tradicional. O modelo de PSF desenvolvido criou novas unidades e converteu outras, e desencadeou a organização da rede assistencial, com criação de mecanismos e estruturas de referência e de regulação.[17]

Em Vitória, a conversão de unidades básicas tradicionais em unidades PSF foi realizada de modo gradual, com processo de transição no qual os profissionais da unidade básica vão sendo gradualmente substituídos, havendo período de convivência, em uma mesma unidade, dos dois modelos. Outros profissionais, como odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, integram as unidades de Saúde da Família e algumas USF contam com a presença de um ou dois médicos de apoio. São profissionais das especialidades básicas, que atendem tanto à demanda programada quanto à demanda espontânea, dando suporte técnico aos médicos generalistas. A conversão de unidades básicas em USF, em 2002, encontrava-se em processo, programando-se transformar todas as unidades básicas até 2005.

Em Aracaju, o PSF foi implantando como estratégia, com substituição quase total das unidades básicas tradicionais e reorganização da Atenção Básica para apoiar as ESF. Em 2002, as diretrizes para o novo modelo assistencial eram garantia de acesso e responsabilização das equipes/profissionais e unidades pela saúde da população de suas áreas adscritas, entendendo-se responsabilização no sentido amplo de garantia do acesso à atenção integral e resolutiva nos diversos níveis de complexidade que

[17] Conforme a coordenação do PSF, "a rede foi constituída com a implantação do PSF."

cada paciente requer. Como mecanismo para garantia de acesso e regulação da demanda, estava sendo implantada uma rotina de acolhimento dos usuários das USF, com rodízio entre os profissionais de nível superior das equipes para essa tarefa. A cada dia, um profissional (em geral a enfermeira) de uma das ESF da unidade responsabiliza-se pela recepção dos pacientes.[18] O modelo concebido para o Saúde da Família, em Aracaju, inclui na unidade básica profissionais de apoio, médicos, enfermeiros e odontólogos, que dão suporte para o acolhimento e realizam ações individuais, atendendo à demanda espontânea e ocupando os consultórios e equipamentos odontológicos nos horários que os profissionais do PSF encontram-se em atividades externas.

Em Campinas, ocorreu substituição parcial, com reorganização das especialidades básicas, internamente à unidade básica de saúde, para apoiar a ESF. A concepção do modelo assistencial em Campinas supõe a idéia de desenvolvimento integral do ser humano, preconizando Atenção Básica integral, que articula e desenvolve tanto a clínica quanto a promoção da saúde, valorizando o autocuidado.[19] Em Campinas, anteriormente ao PSF, a rede básica era estruturada e trabalhava com três especialidades (saúde da criança, da mulher e saúde coletiva), realizando atividades mais complexas do que o PSF preconiza, todavia sem ações extramuros, o que fazia que não se chegasse às famílias. A proposta dos gestores locais foi reorganizar a atenção (e não desmontá-la), aderindo à territorialização e sensibilizando os profissionais para o trabalho com as comunidades. A equipe ampliada proposta pela SMS de Campinas envolve ter um quadro de profissionais de referência dentro das próprias unidades de Saúde da Família, constituindo-se um segundo nível dentro da própria unidade básica, respeitando-se a adscrição de clientela e mantendo-se a ESF como o serviço de primeiro contato (porta de entrada).

Em Manaus, São Gonçalo, Brasília e Goiânia, o PSF foi implementado como um programa paralelo à rede básica preexistente. Em Goiânia, o PSF foi implantado desvinculado da rede básica e foi concebido, inicialmente, como programa centrado na realização de atividades educativas individuais, com a criação de ESF volantes, fazendo visitas domiciliares de casa em casa, tendo, por vezes, apenas espaços comunitários como ponto de apoio ou uma sala em unidade de saúde tradicional. Em 2001, iniciava-se processo de articulação do programa com a rede assistencial e os novos gestores municipais compreendiam o PSF como estratégia para reorganizar a rede assistencial. Fora iniciada discussão interna para mudança do PSF, pretendendo-se um modelo que articulasse ações de promoção, prevenção e assistência individual. Sugeria-se que, no caso de diversas equipes compartilharem uma mesma unidade de saúde, as ESF deveriam ser compostas com profissionais de diferentes perfis (diversas especialidades básicas) e dispor de equipes de referência.

Em São Gonçalo, embora as unidades básicas de saúde preexistentes tenham sido substituídas, o Saúde da Família foi considerado como programa, pois a proposta inicial não foi implementada e grande parte das ESF são inquilinas, convivendo com a Atenção Básica tradicional em uma mesma unidade de saúde.

[18] O acolhimento, segundo gestores municipais, é um "dispositivo de escuta qualificada". O profissional responsável conversa com todos os usuários que chegam, ouve suas queixas, avalia o risco de cada caso e encaminha as demandas: para casos agudos, busca agendar para o mesmo dia; para demandas consideradas de rotina de grupos prioritários, marca consultas nos programas. A tentativa seria transformar a demanda espontânea em demanda programada.

[19] A concepção do modelo assistencial é informada pelo projeto Paidéia, que significa desenvolvimento integral do ser humano (CAMPOS, 2000).

O Programa Médico de Família de Manaus foi implantado com o objetivo de estender a cobertura a setores da população sem acesso a serviços de saúde, por meio de novo modelo da Atenção Básica. Foi implantado de modo paralelo e não articulado à rede básica preexistente, inicialmente em áreas desassistidas. Para a implantação do programa, foi criada uma estrutura própria de minipostos e com coordenação específica. As Casas de Saúde (denominação das unidades de saúde do PMF/PSF) foram pensadas como ponto de encontro da equipe e não como local de atendimento, priorizando-se a realização de atividades na comunidade. As ESF não atendem diretamente à demanda espontânea. A demanda é organizada pelos ACS, que agendam as consultas médicas nos programas prioritários na Casa de Saúde e canalizam, para outros serviços de saúde, as demandas por atendimentos não previstos nessas unidades, evitando, dessa maneira, a pressão de pacientes na unidade de saúde do PMF/PSF.

No Distrito Federal, o PSF foi implantado nas cidades-satélites de modo paralelo à estrutura de Atenção Básica já existente[20], não sendo programada a conversão de unidades básicas em unidades de Saúde da Família e observando-se superposição de USF e rede básica tradicional. Como particularidade do PSF no Distrito Federal, no projeto de implantação, foram definidos dois tipos de composição das equipes: equipes padrão "A", completa, incluindo o médico, e equipes padrão "B", apenas com enfermeiro, com o apoio do médico da ESF mais próxima.

A concepção do modelo implementado nas cidades estudadas esteve, em parte, relacionada com a modalidade de gerência do Saúde da Família. Nesse aspecto, foi observada a existência de coordenações específicas para PSF, nos casos em que foi implementado como programa, e, em Camaragibe, Aracaju e Campinas, observou-se a constituição de coordenação única, integrada à Atenção Básica, sugerindo um processo de substituição mais abrangente nesses três municípios. Em parte das cidades pesquisadas, foram criadas subcoordenações regionais acompanhando, com freqüência, a organização territorial de rede, para facilitar a gestão e supervisão.

Quadro 26: Concepção dos modelos implementados e tipos de coordenação do PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Concepção	Coordenação
Camaragibe	Estratégia com substituição total da rede básica	Integrada à Atenção Básica com coordenações regionais
Palmas	Estratégia com substituição total da rede básica	Específica
Vitória da Conquista	Estratégia com substituição parcial sem superposição USF/UBS	Específica

continua...

[20] O DF possui rede assistencial relativamente estruturada, composta por Centros de Saúde com clientela adscrita e hospitais regionais distribuídos nas cidades-satélites e no Plano Piloto.

...continuação

Município	Concepção	Coordenação
Vitória	Estratégia com substituição parcial e em processo de articulação com UBS	Específica
Aracaju	Estratégia com substituição quase total e reorganização de especialidades básicas para apoiar ESF	Integrada à Atenção Básica com coordenações regionais
São Gonçalo	Programa com superposição USF/UBS	Específica
Campinas	Estratégia com substituição parcial e reorganização de especialidades básicas para apoiar ESF	Integrada à Atenção Básica com coordenações regionais
Goiânia	Programa com superposição USF/ UBS e em processo de articulação	Específica
Manaus	Programa com superposição USF/UBS	Específica com coordenações regionais
Brasília	Programa com superposição USF/UBS	Específica com coordenações regionais

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Capacidade instalada do PSF

Nas cidades estudadas, as ESF foram localizadas em diversos tipos de unidades de saúde: minipostos de saúde em imóveis alugados ou cedidos, unidades básicas convertidas em USF, unidades novas especialmente construídas para a finalidade ou dependência de unidade de saúde tradicional, instaladas como inquilinas.

Em seis dos casos estudados, cerca da metade ou mais das USF eram constituídas por minipostos de saúde em imóveis alugados ou cedidos, observando-se, com freqüência, insuficiência de espaço para realização de atividades recomendadas (tais como grupo e imunização) e exigindo revezamento de profissionais da ESF dentro e fora da USF, em razão da existência de apenas um consultório.

Foram consideradas como inquilinas ESF instaladas em cômodo de unidade básica preexistente sem reorganização da atenção na unidade. Nos casos de presença de ESF como inquilina em unidade básica, evidenciou-se maior possibilidade de conflito.[21] Em geral, essas ESF realizam trabalho à parte, não articulado ao realizado pelo Centro de Saúde, sem compartilhar sequer o apoio administrativo. Esta situação foi observada em Brasília, São Gonçalo e Goiânia. Em Brasília, cerca de 40% das USF correspondem a centros de saúde, nos quais as equipes de Saúde da Família são inquilinas, e a metade das ESF atua em minipostos sediados em imóveis cedidos. Essa cessão de imóveis se processa de duas formas: por meio de contrato de comodato com as associações comunitárias ou grupos religiosos e por intermédio de termos de adesão com estabelecimentos escolares.[22]

[21] Observou-se discriminação por parte dos profissionais da rede tradicional e críticas, sobretudo em relação aos horários, à remuneração e à forma de contratação diferenciadas.

[22] Entre as equipes qualificadas, nove estão em unidades escolares (Caic) e 16 em minipostos localizados em imóveis cedidos. As equipes 'inquilinas' nos Centros de Atenção Integral à Criança (Caic) estão instaladas em anexo no qual funciona, também, consultório odontológico para atendimento específico dos escolares.

Apenas em Manaus e Vitória da Conquista, observou-se proporção mais elevada de novas unidades. Em Manaus, as unidades de saúde do PMF/PSF são minipostos construídos, especialmente para essa finalidade, em estrutura pré-moldada, com três ambientes (sala de espera, consultório e farmácia/almoxarifado). Na grande maioria, atua apenas uma ESF. Em Vitória da Conquista, município no qual a estratégia foi implantada principalmente estendendo a cobertura da rede básica, cerca de um terço das USF são unidades novas, construídas especificamente para o trabalho das ESF, e quatro unidades básicas preexistentes foram convertidas. Em geral, são unidades pequenas, nas quais atuam de uma a duas ESF, porém com consultórios para os profissionais e salas de vacinação e de coleta de exames.

Nos casos de instalação de ESF em unidades básicas preexistentes (Aracaju, Campinas, Vitória e Palmas), observou-se melhor estrutura física e administrativa e facilidades na constituição da USF como porta de entrada. Em Vitória, 11 unidades básicas foram convertidas, abrigando 34 ESF. Apenas uma unidade foi construída para o PSF, comportando cinco ESF. Todas as unidades convertidas passaram por reformas recentes, apresentando ótimo espaço físico, adequado à realização da maior parte das atividades com consultórios para todos os profissionais (inclusive para psicólogo e odontólogos), sala de imunização e de coleta de exames, entre outras dependências. Para a conversão das unidades em Vitória, programou-se processo de transição com substituição progressiva dos profissionais lotados previamente. Desse modo, em algumas unidades, as ESF 'coabitavam' com atendimento prestado por esses profissionais.[23]

Em Aracaju, as ESF foram instaladas em unidades de saúde preexistentes transformadas em USF. Parte delas, antigos Centros de Saúde, dispõem de amplo espaço, com salas para todos os profissionais, atividades e reuniões. Em 2002, o município encontrava-se em processo de melhoria da estrutura física de suas unidades tendo, recém reformado diversas unidades, que se encontravam em ótimas condições e bem equipadas.[24]

Em Camaragibe, quatro unidades foram implantadas em postos de saúde previamente existentes e apenas duas USF foram construídas para abrigar uma ESF. Contudo, desde a implantação das primeiras equipes, as unidades foram, em sua maioria, instaladas em casas alugadas adaptadas para o desenvolvimento de atividades de saúde. A estrutura física das unidades em geral comporta recepção, um consultório de enfermagem, um consultório médico, sala de imunização; todavia, algumas USF têm dimensões mais reduzidas, com espaço exíguo, o que pode implicar no uso compartilhado de consultórios por médicos e enfermeiras ou na falta de espaço independente para o armazenamento de medicamentos.

Em Campinas, 46 unidades básicas tradicionais foram convertidas em USF, na maioria com duas a três equipes. São unidades com espaço físico em geral adequado às atividades, dispondo algumas unidades de serviços diagnósticos.

A instalação de unidades em imóveis alugados, nos casos de insuficiência de capacidade instalada prévia, representa algumas facilidades. Pode permitir melhor localização da USF no centro da área de abrangência e maior rapidez na implantação, uma vez que o tempo técnico de construção é abolido.

[23] Os processos de transição tiveram duração variada de três a 12 meses.
[24] Algumas unidades estavam localizadas em imóveis mais precários e com reduzido espaço físico.

Entretanto, nem sempre a estrutura física dos imóveis disponíveis é adequada para uma unidade de saúde e, principalmente, essa modalidade de implantação pode interferir na possibilidade de permanência e consolidação do programa, uma vez que a extinção da unidade é facilitada, bastando o encerramento do contrato de aluguel, situação observada no DF com o Projeto Saúde em Casa.

Mesmo em grandes centros urbanos, em grande parte das USF existe de uma a duas equipes. Em quatro cidades (Vitória, Aracaju, Goiânia e Campinas), observou-se a atuação de duas a quatro ESF em uma mesma unidade de Saúde da Família.[25] Foi observado que, com a atuação de diversas equipes em uma mesma unidade, faz-se necessário o apoio de outros profissionais para a administração do serviço e a presença de um gerente. Diversas USF das cidades estudadas contavam com pessoal para apoio administrativo, dispensação de medicamentos, limpeza, vigilância ou auxiliares de enfermagem adicionais.

Quadro 27: Capacidade instalada do PSF por tipo de Unidade de Saúde da Família (USF), dezembro de 2001

Município	USF novas	ESF inquilinas em unidades básicas tradicionais	Unidades básicas convertidas	Minipostos e imóveis alugados/cedidos	Total
Camaragibe	2	-	4	26	32
Palmas	1	1	10	13	25
Vitória da Conquista*	7	-	4	11	22
Vitória	1	-	11(1)	1	13
Aracaju	-	-	28	1	29
São Gonçalo	-	34	10	50	94
Campinas	-	-	42	4	46
Goiânia*	1	7	1	15	24
Manaus	163	-	1	-	164
Brasília (3)	3	44	7(2)	51	105

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
(1) Parte dessas unidades encontrava-se em processo de 'transição' do modelo com 'coabitação'.
(2) Postos de saúde rurais reativados.
(3) Em parte dessas unidades atuam equipes incompletas (padrão B), não contabilizadas para o cálculo de cobertura.
* Refere-se a junho de 2001.

Cobertura populacional do PSF

Os municípios estudados apresentavam coberturas populacionais pelo PSF, em 2001, entre 11 e 80% da população, constatando-se a necessidade de implantação de grande número de ESF para alcançar faixas de cobertura razoáveis, dado o grande porte populacional das cidades estudadas.

[25] O máximo identificado foi de cinco ESF em uma USF.

Estimando-se a cobertura com base na média de 3.450 pessoas atendidas por ESF, preconizada pelo Ministério da Saúde, observa-se que Camaragibe (81%), Palmas (69%) e São Gonçalo (68%) alcançaram as coberturas mais elevadas, seguidos por Vitória (48%) e Aracaju (47%).

O número médio de famílias por ESF foi excessivo em quatro dos municípios estudados, destacando-se Camaragibe, com média de 1.750 famílias por ESF, muito superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde, que preconiza a adscrição entre 600 a 1.000 famílias por ESF. As elevadas médias e importante variação no número de famílias cadastradas por ESF interferem na cobertura populacional, determinando estimativas superiores de cobertura em diversos municípios quando a população cadastrada é tomada por base para o cálculo, como se observa no próximo quadro.

Quadro 28: Equipes implantadas, média de famílias por ESF e cobertura populacional do PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, dezembro de 2001

Município	População total	N.º Equipes	% Cobertura PSF		Média famílias/ESF
			(1)	(2)	
Camaragibe	132.216	31	81	81	1.101
Palmas	150.882	30	48	69	764
Vitória da Conquista*	267.186	30	54	39	1.750
Vitória	296.010	41	39	48	718
Aracaju	468.296	64	38	47	697
São Gonçalo	903.331	179	70	68	...
Campinas	982.975	100	35	35	1.000
Goiânia*	1.111.623	75	30	23	1.333
Manaus (3)	1.451.958	171	47	41	914
Brasília	2.097.450	68	35	11	913

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
(1) Estimativa da SMS local, em geral tendo por base o número de famílias cadastradas.
(2) Estimativa considerando-se média de 3.450 pessoas adscritas por ESF.
(3) Cobertura refere-se ao conjunto de equipes do PMF e PSF. A cobertura das 125 ESF completas com enfermeiro, em março de 2002, atingia apenas 30% da população.
* Refere-se a junho de 2001.

Características de vulnerabilidade das famílias usuárias do PSF pesquisadas

Eixo que possibilita analisar os condicionantes sociais e econômicos do processo saúde/doença, que têm interferência na eficácia da estratégia. Permite observar, também, a prioridade conferida para grupos mais vulneráveis. Dentre as informações coletadas e analisadas, relacionadas com a vulnerabilidade das famílias pesquisadas, selecionamos para apresentar: algumas características dos chefes de família, dos moradores e dos domicílios; os principais problemas da comunidade – em geral e de saúde – informados pelas famílias pesquisadas; os aspectos sobre a percepção das famílias em relação a problemas relacionados com violência na comunidade e experiência de situações de violência nos 12 meses anteriores à pesquisa.

Um artigo de Sônia Rocha (1995) foi a referência para analisar as vulnerabilidades das famílias e moradores adscritos ao PSF pesquisados. Nesse texto, a autora expõe as características que claramente diferenciam os grupos pobre e não-pobre, e apresenta um modelo que permite evidenciar as probabilidades do indivíduo ser pobre no Brasil.

As variáveis escolhidas e a condição mais associada à pobreza em cada uma delas foram: sexo do chefe de família (feminino); cor do chefe (negra ou parda); situação na ocupação (empregado sem carteira assinada ou desempregado); nível de escolaridade do chefe (menos de quatro anos de estudo); razão de dependência (zero); região de residência (Nordeste); estrato de residência (rural).

Razão ou taxa de dependência resulta da relação entre o número total de ocupados divididos pelo total de pessoas na família. É um indicador que permite captar, de forma sintética, diversas características adversas associadas à pobreza, expressando a relação da pobreza com o tamanho e estrutura da família.

Quando um indivíduo reúne o conjunto de características, isto é, integra uma família cujo chefe é mulher, negra ou parda, com menos de quatro anos de estudo e a taxa de dependência é zero (ou seja, ninguém da família trabalha), está desempregado ou empregado sem carteira assinada e reside na zona rural da Região Nordeste, a sua probabilidade de ser pobre é de 95%.

Sônia Rocha expõe também as probabilidades de ser pobre quando o indivíduo reúne todas as características, exceto uma, verificando que a variável por si só menos associada à pobreza é a cor ou raça. Quando o indivíduo reúne todas as características, mas o chefe de família é branco, a sua probabilidade de ser pobre passa a ser de 92%. Por outro lado, a variável por si só mais associada à pobreza é a escolaridade, pois quando o indivíduo reúne todas as características, mas o chefe de família tem escolaridade superior a quatro anos, sua probabilidade de ser pobre reduz-se para 86%.

Como a taxa de dependência zero é uma situação limite, a autora adota a média da variável no Brasil (0,58), em que pouco mais da metade dos membros da família trabalham, verificando que o indivíduo que reúne todas as características, com essa taxa de dependência, tem sua probabilidade de ser pobre reduzida para 71%.

Quadro 29: **Probabilidade do indivíduo ser pobre no Brasil associada a conjunto de variáveis selecionadas, 1990**

Variáveis	Situação mais adversa	Probabilidade
Caso mais adverso		0,9505
Exceto:		
Sexo do chefe	Mulher	0,9066
Cor do chefe	Negra ou parda	0,9222
Situação na ocupação	Desempregado ou empregado sem carteira assinada	0,8708
Escolaridade do chefe	Menos de 4 anos de estudo	0,8621
Taxa de dependência	Zero	0,1660
Região de residência	Nordeste	0,8729
Estrato de residência	Rural	0,8686
Caso mais adverso		
Exceto taxa de dependência = 0,58		0,7157

Fonte: Rocha, 1993 apud Rocha, 1995.

Além das variáveis indicadas por Sônia Rocha, foram pesquisadas outras características de vulnerabilidade entre chefes de famílias, moradores e domicílios adscritos ao PSF nos municípios e, quando os dados estavam disponíveis, comparamos essas variáveis com as do conjunto dos habitantes do município para analisar se as famílias usuárias do PSF concentravam ou não maior número de características de vulnerabilidade, o que poderia indicar a direcionalidade do programa para grupos populacionais pobres.

Características de vulnerabilidade dos chefes de famílias usuárias do PSF

Há controvérsias importantes na caracterização do chefe de família em unidades familiares conjugais nas quais ambos trabalham e obtêm rendimentos. Uma forma de definir seria considerar unidades monoparentais, distinguindo-as por sexo, ou conjugais, em que ou não há chefe de família, ou há dois chefes de família. O chefe de família foi considerado como "principal supridor da renda familiar" por Sônia Rocha (1995, p. 231). Na presente pesquisa, a condição de chefia familiar foi referida pelo informante. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2001 adotou o conceito de "pessoa de referência da família", considerada como "aquela responsável pela família ou que assim fosse considerada pelos demais membros da família" (IBGE, 2002).

A chefia familiar feminina variou entre 32% das famílias pesquisadas em Manaus e cerca de 16% em Palmas. Em 1999, as mulheres eram as pessoas de referência familiar em 26% dos domicílios particulares brasileiros, enquanto, em 2001, esse percentual subiu para 27%, com distribuição regional mais acentuada na Região Sudeste (28%) e na Norte urbana (30%) (IBGE, 2002). Taxas de chefia feminina superiores às verificadas para o Brasil na PNAD 2001 podem ser observadas em Manaus

e Aracaju, e próximas à média nacional em Goiânia. Entretanto, apenas em Manaus, o percentual de chefia feminina entre as famílias usuárias do PSF pesquisadas foi superior ao verificado no conjunto da população, enquanto foi inferior em Vitória da Conquista e Vitória.

Chefes de famílias jovens e idosos podem indicar vulnerabilidades à pobreza. Na primeira situação, podem estar associados à fase do ciclo familiar do casal com filhos pequenos – principalmente quando apenas um dos adultos trabalha – em que um conjunto maior de necessidades deve ser atendido, consumindo mais recursos financeiros. Por outro lado, a fase composta pelo casal idoso, em que os filhos formaram novas famílias nucleares, que sobrevive às custas de aposentadorias ou pensões, é também considerada como economicamente vulnerável. Entretanto, pode sinalizar também a sobrevivência de famílias multinucleares, compostas pelo casal original e as famílias de seus filhos vivendo no mesmo domicílio e às custas dos rendimentos do pai.

Apenas em Palmas foi verificado percentual significativo (cerca de 10%) de chefes de famílias jovens (com idade até 24 anos), percentual que variou entre 6% e 7% em Camaragibe, Vitória da Conquista e Aracaju, e foi inferior a 5% nos demais municípios pesquisados. Em Vitória, 21% dos chefes das famílias pesquisadas tinham 65 ou mais anos de idade; em Camaragibe, Vitória da Conquista, Aracaju e Goiânia, esse percentual situou-se ao redor de 15%; em Brasília, foi cerca de 12%; enquanto Manaus e Palmas apresentaram as menores taxas de chefia familiar idosa, 8% e 6%, respectivamente.

Não existiam informações disponíveis sobre a cor ou raça do conjunto de chefes de famílias nos municípios pesquisados. A vulnerabilidade à pobreza, segundo a cor ou raça, negra e parda, foi observada em 70% ou mais dos chefes das famílias adscritas ao PSF pesquisadas em Camaragibe, Aracaju e Manaus; em 64% ou mais em Palmas, Vitória da Conquista, Vitória e Brasília; e, apenas em Goiânia, o percentual de chefes das famílias pesquisadas, negros ou pardos, foi abaixo de 50%.

As taxas de vulnerabilidade educacional – soma dos sem escolaridade com aqueles com menos de 4 anos de estudo – variaram entre um máximo de 62%, em Vitória da Conquista, e um mínimo de 25%, em Palmas e Manaus. Em todos os municípios pesquisados para os quais existiam informações sobre a escolaridade do total de chefes de famílias, verificou-se maior vulnerabilidade educacional entre os chefes das famílias usuárias do PSF pesquisadas.

Quadro 30: **Vulnerabilidade dos chefes de famílias usuárias do PSF pesquisadas segundo as características selecionadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Feminina	< 24 anos	> 65 anos	Negros e pardos	Vulnerabilidade educacional[2]
Camaragibe	20,8	6,7	16,7	73,0	44,7
Palmas [1]	15,8	9,6	6,3	65,0	25,4
Vitória da Conquista	16,3	5,8	15,4	66,4	61,5
Vitória	23,3	5,0	21,3	64,1	33,8
Aracaju	30,0	7,1	14,2	72,6	37,0
Goiânia	26,0	4,0	16,0	44,0	38,0
Manaus	32,0	4,6	7,9	79,7	25,6
Brasília [1]	24,6	4,6	11,7	66,2	38,7

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz; IBGE – Contagem populacional, 1996; Censo Demográfico, 2000.
[1] Informações de chefia feminina e vulnerabilidade educacional não disponíveis para o município.
[2] Vulnerabilidade educacional – percentual total sem escolaridade + com menos de 4 anos de estudo.
Legenda – índice superior, índice igual e índice inferior ao verificado no conjunto da população do município.

Foram selecionados um conjunto de aspectos que permitem analisar a vulnerabilidade econômica das famílias pesquisadas, a partir das características ocupacionais dos chefes de família. Cerca de 10% ou mais, até 16%, dos chefes das famílias pesquisadas em Camaragibe, Goiânia, Manaus e Vitória da Conquista (onde a situação foi mais grave), não trabalhavam nem possuíam qualquer rendimento. Situações mais favoráveis foram verificadas no Município de Vitória, onde cerca de 6% dos chefes das famílias pesquisadas não trabalhavam nem possuíam rendimentos e, em Aracaju e Brasília, em que esse percentual foi ao redor de 7%.

Outro conjunto de chefes de família economicamente vulnerável estava constituído por aqueles cujos rendimentos eram até um salário mínimo, que representavam entre 20%, em Palmas, e 41%, em Vitória da Conquista. A classificação proposta por Figueiredo, Schiray e Lustosa (1990) considera o grupo de 'baixa renda' constituído por três classes: até um salário mínimo inclusive, denominada de 'renda miserável'; entre um e dois salários mínimos inclusive, denominada de 'renda muito baixa'; e entre dois e três salários mínimos inclusive, denominada de 'renda baixa'. A remuneração acima de três salários mínimos foi considerada, pelos autores, como de 'não pobre'.

A vulnerabilidade econômica pode ser analisada a partir do percentual de chefes de família com rendas miseráveis, ou seja, somando os sem rendimentos com os que obtinham remunerações até um salário mínimo. Em todos os municípios, foram observadas altas taxas de vulnerabilidade econômica dos chefes das famílias pesquisadas, destacando-se Vitória da Conquista por apresentar quase 60% dos chefes das famílias pesquisadas com rendas miseráveis. Essa situação atingia 48% dos chefes de família, em Camaragibe, e 43% em Goiânia. Nos demais municípios, esse percentual ficou entre 35 e 40%, e Palmas apresentou a menor taxa de chefes das famílias pesquisadas com rendas miseráveis (28%).

Considerando os chefes de famílias pesquisadas que trabalhavam ou possuíam rendimentos, e cuja posição na ocupação estaria associada à existência de vínculo trabalhista formalizado em carteira de trabalho, ou seja, os que não integravam os grupos de empregadores, locadores, aposentados ou pensionistas, observamos que em todos os municípios, exceto Aracaju e Vitória, 50% ou mais dos chefes de famílias usuárias do PSF pesquisadas, que trabalhavam, não tinham carteira de trabalho assinada. Novamente, a situação revelou-se mais grave em Vitória da Conquista, onde esse percentual atingia 81%.

Entre as características dos chefes de família, incluímos o percentual de aposentadorias ou pensões que, em muitos dos municípios pesquisados, representou a segunda fonte de rendimentos dos chefes de famílias, indicando a possível associação com o percentual de chefes de família idosos que sustentam sua família nuclear e as de seus filhos com esses recursos, e, também, a importância dos rendimentos oriundos da Previdência Social na economia local.

Os percentuais de chefes de famílias pesquisadas aposentados ou pensionistas variaram entre um máximo de 36%, em Camaragibe e Aracaju, e um mínimo de 10%, em Palmas. Em Manaus e Brasília, essa proporção foi cerca de 25% e, nos demais municípios, foi superior a 29%.

Observamos que o percentual de chefes de famílias aposentados e pensionistas foi, em todos os municípios pesquisados, superior à proporção daqueles com 65 ou mais anos de idade. Em cinco municípios, houve correspondência na ordem decrescente entre percentuais de chefes de família idosos e de aposentados ou pensionistas: em Camaragibe, onde existiam percentuais mais elevados de chefes de família aposentados ou pensionistas – 36% –, foram verificados, também, percentuais elevados de chefes idosos. Em Palmas, a correspondência existiu na situação inversa, isto é, foi o município com menor percentual tanto de chefes de famílias idosos (6%) quanto daqueles que eram aposentados e pensionistas (10%). Vitória da Conquista ocupou a quarta posição tanto no percentual de chefes de família idosos (15%) quanto no de chefes de famílias aposentados ou pensionistas (32%), o mesmo acontecendo com Manaus e Brasília. Nos demais municípios, a correspondência entre as duas variáveis não foi tão nítida e, em Aracaju, verificou-se a situação mais discrepante, pois o percentual de chefes aposentados ou pensionistas era mais do dobro de chefes com 65 anos ou mais de idade.

Quadro 31: **Vulnerabilidade dos chefes de famílias usuárias do PSF pesquisadas segundo as características selecionadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Sem rendimentos	Rendimentos mensais até 1 SM	Sem carteira de trabalho[1]	Aposentados ou pensionistas[2]
Camaragibe	9,6	38,3	51,2	36,4
Palmas	7,9	20,4	67,8	10,0
Vitória da Conquista	15,4	41,3	81,4	31,8
Vitória	5,9	31,7	39,6	34,1
Aracaju	6,7	32,9	40,6	35,7
Goiânia	10,0	33,0	53,7	28,9
Manaus	10,8	24,4	55,0	25,6
Brasília	6,7	27,6	48,9	24,6

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

[1] Percentual sobre o total de chefes de famílias pesquisadas com rendimentos, subtraídos os que ocupavam posições de empregador, locador, recebem benefícios sociais e aposentados ou pensionistas.

[2] Percentual do total de chefes de famílias pesquisadas que possuem rendimentos.

Considerando o conjunto de características analisadas, observa-se, nitidamente, em Vitória da Conquista, a situação de maior vulnerabilidade dos chefes das famílias usuárias do PSF pesquisadas, que também se revelou crítica em Manaus e Camaragibe. A situação mais favorável foi verificada em Palmas.

Características de vulnerabilidade dos moradores usuários do PSF

No conjunto de moradores adscritos ao PSF pesquisados, existiam entre 28% (Camaragibe) e 35% (Manaus) com até 14 anos de idade. Em Vitória da Conquista e Vitória, existiam mais crianças e adolescentes até 14 anos entre as famílias pesquisadas que no conjunto dos habitantes do município, enquanto, em Camaragibe, o percentual foi inferior.

Considerando a distribuição por faixas etárias da população residente por grandes regiões no Brasil (IBGE, 2002), os percentuais de moradores até 14 anos nas famílias pesquisadas, em Manaus e Palmas, foi similar à média da Região Norte urbana (35%); em Camaragibe, Vitória da Conquista e Aracaju, foi inferior à verificada na Região Nordeste (33%); e, em Vitória, foi superior à média da Região Sudeste (27%). Goiânia apresentou proporção inferior e Brasília superior à observada, em 2001, na Região Centro-Oeste (30%).

A menor taxa de moradores pesquisados com 65 ou mais anos de idade foi verificada em Palmas (2%) e a mais elevada em Vitória (8%). Tanto em Vitória quanto em Goiânia, a proporção de idosos entre as famílias pesquisadas foi superior à observada entre o conjunto dos habitantes, enquanto, em Manaus, esse percentual foi inferior.

Dos moradores adscritos ao PSF pesquisados, 76%, em Aracaju e Manaus, e 43%, em Goiânia, se auto-referiram como negros e pardos. Em 2001, cerca de 46% dos brasileiros eram negros e pardos,

concentrados, principalmente, nas regiões Norte urbana (72%), Nordeste (70%) e Centro-Oeste (55%); enquanto nas regiões Sudeste e Sul representavam 36% e 16% dos habitantes, respectivamente. Os moradores pesquisados em Manaus, Aracaju, Vitória e Brasília se consideraram como negros ou pardos em taxas superiores às regionais.

Entre 56% (Vitória da Conquista) e 36% (Vitória) dos moradores pesquisados apresentavam vulnerabilidade educacional, ou seja, não tinham qualquer escolaridade ou tinham menos de 4 anos de estudo. Embora deva ser considerado que nesse conjunto estavam incluídos menores de 10 anos, observa-se que, em Camaragibe, Vitória da Conquista, Aracaju e Goiânia, os percentuais dos moradores que apresentavam vulnerabilidade educacional superavam em 10% ou mais as proporções de menores de 14 anos.

Melhor aproximação a essa característica de vulnerabilidade pode ser observada pelo percentual de moradores entre 7 e 14 anos que não estavam estudando no momento da pesquisa. Essas proporções variaram entre um máximo de 6%, em Manaus, e um mínimo de 2%, em Palmas e Goiânia. Em 2001, 3,5% dos brasileiros entre 7 e 14 anos não estavam estudando, situação desfavorável principalmente nas regiões Norte urbana e Nordeste, onde essa taxa atingia cerca de 5% (IBGE, 2002). Em apenas dois municípios pesquisados foi observada uma proporção maior de moradores adscritos ao PSF entre 7 e 14 anos, que não estavam estudando, em relação ao percentual regional: Manaus e Brasília.

Quadro 32: Vulnerabilidade dos moradores usuários do PSF pesquisados segundo as características selecionadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Até 14 anos	65 ou mais anos	Negros e pardos	Vulnerabilidade educacional [1]	7-14 anos não estudantes [2]
Camaragibe	28,2	5,1	68,4	44,0	4,0
Palmas	34,4	2,2	66,4	37,2	2,2
Vitória da Conquista	30,6	5,7	60,7	55,7	2,7
Vitória	29,9	8,2	66,2	36,0	2,5
Aracaju	30,8	4,8	76,2	40,9	2,5
Goiânia	26,5	7,5	43,1	39,4	1,6
Manaus	34,5	3,5	75,7	37,5	6,3
Brasília	33,6	4,2	66,4	40,7	3,2

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz; IBGE – Contagem populacional, 1996 e Censo Demográfico, 2000.
[1] Vulnerabilidade educacional – sem escolaridade + com menos de 4 anos de estudo.
[2] Percentual do total de moradores na faixa etária.
Legenda: índice superior, índice igual e índice inferior ao verificado no conjunto da população do município.

A taxa ou razão de dependência, como já mencionado, é um indicador que sintetiza um conjunto de características de vulnerabilidade das famílias, indicando a composição e estrutura familiar. Considerando apenas as situações mais desfavoráveis – taxas entre 0,01 e 0,20, neste último caso significando uma família integrada por cinco membros dos quais apenas um trabalha – verificamos, nessa situação,

cerca de 17% das famílias adscritas ao PSF pesquisadas em Camaragibe e Vitória da Conquista; ao redor de 13% em Vitória e Manaus; e menos de 9% nos demais municípios. Em Brasília, apenas 3% das famílias pesquisadas apresentaram taxas de dependências intensamente desfavoráveis.

As proporções de aposentados ou pensionistas entre os moradores adscritos ao PSF pesquisados, que trabalhavam ou tinham rendimentos, variaram entre um máximo de 29%, em Camaragibe e Vitória da Conquista, e um mínimo de 8%, em Palmas. Em Brasília, essa taxa foi de 17%, e nos demais municípios foi superior a 20%.

Entre 38% (Palmas e Goiânia) e 68% (Vitória da Conquista) dos moradores adscritos ao PSF pesquisados, que trabalhavam ou tinham rendimentos, recebiam, mensalmente, até um salário mínimo – R$ 180,00, em 2001, quando foi realizada a pesquisa em Vitória da Conquista e Goiânia, e R$ 200,00, em 2002, quando foram pesquisados os demais municípios. Em Camaragibe e Aracaju, essa situação atingia mais de 50% dos moradores pesquisados que trabalhavam ou tinham rendimentos, e cerca de 45% em Vitória, Manaus e Brasília.

Entre 33% (Aracaju) e 82% (Vitória da Conquista) dos moradores pesquisados, que trabalhavam, não tinham vínculo formalizado em carteira de trabalho, situação que atingia 57% ou mais dos trabalhadores pesquisados em Palmas, Goiânia e Manaus; cerca de 50% em Brasília; e mais de 40% em Camaragibe e Vitória.

A taxa de desemprego dos moradores entre 15 e 64 anos de idade das famílias adscritas ao PSF pesquisados foi calculada considerando-se a desocupação ou desemprego aberto como a percentagem das pessoas desocupadas em relação às pessoas economicamente ativas. Pessoas economicamente ativas foram definidas como as pessoas ocupadas mais as desocupadas, no mesmo período. Pessoas ocupadas foram classificadas como as que tinham trabalho mesmo não o tendo exercido no período considerado por motivo de férias, licença, greve, etc. E foram classificadas como pessoas desocupadas aquelas sem trabalho, mas que tomaram alguma providência efetiva de procura de trabalho no período (IBGE, 2002).

As taxas de desemprego entre os moradores pesquisados variaram de um mínimo de 9%, em Goiânia, até um máximo de 22%, em Camaragibe. Entre 10 e 15% dos moradores acima de 15 e até 64 anos estavam desempregados em Vitória da Conquista e Palmas, enquanto, em Vitória, Aracaju, Manaus e Brasília, essa taxa situou-se ao redor de 16 e 17% dos moradores nesse grupo de idade.

Em Vitória da Conquista, Palmas, Goiânia, Vitória e Camaragibe, foi possível identificar uma relação inversa entre trabalhadores sem carteira de trabalho assinada e taxa de desemprego, isto é, quanto maior o percentual dos que trabalhavam sem vínculo formal de trabalho, menor a taxa de desemprego. No entanto, essa associação não foi observada em Manaus, Aracaju e Brasília.

Quadro 33: Vulnerabilidade dos moradores usuários do PSF pesquisados segundo as características selecionadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Taxa de dependência desfavorável [1]	Aposentados ou pensionistas [2]	Rendimentos mensais até 1 SM	Sem carteira de trabalho	Taxa de desemprego (15 a 64 anos)
Camaragibe	16,7	28,5	51,2	40,5	21,5
Palmas	8,8	8,0	38,2	66,6	13,5
Vitória da Conquista	17,3	28,5	67,6	82,1	10,2
Vitória	13,3	24,7	44,7	45,3	17,2
Aracaju	8,8	23,8	53,1	33,1	16,1
Goiânia	6,0	23,5	38,7	57,4	8,6
Manaus	13,3	20,0	44,5	60,6	17,1
Brasília	3,3	17,2	45,0	49,4	15,7

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] Taxa de dependência: relação entre número de ocupados sobre o total de pessoas na família. Desfavorável entre 0,01 e 0,20.
[2] Percentual do total de moradores que trabalham ou têm rendimentos.

O maior número de características de vulnerabilidade dos moradores adscritos ao PSF pesquisados foi observado em Vitória da Conquista, verificando-se, também, situações adversas bastante acentuadas em Manaus e Camaragibe.

Características de vulnerabilidade dos domicílios adscritos ao PSF

As vulnerabilidades habitacionais foram analisadas a partir de algumas características dos domicílios que informam tanto situações de precariedade material como o tipo de material de construção e a ausência de energia elétrica, além de situações de desconforto, como ausência de banheiro ou existência apenas de banheiro externo de uso coletivo, ausência de cozinha como um cômodo independente e densidades, por dormitório, de três ou mais moradores. Especial atenção foi dedicada às condições de saneamento básico, por meio do levantamento das condições relacionadas à forma de abastecimento de água e ao destino das fezes, da urina e do lixo. Os resultados obtidos na pesquisa foram comparados com os dados do Censo Demográfico de 2000, para o conjunto dos habitantes no município ou para o conjunto de famílias cadastradas pelo PSF no município, visando a analisar se as famílias pesquisadas viviam ou não em condições habitacionais mais precárias.

Madeira e material aproveitado foram considerados como tipos de material de construção inadequados. Essas condições foram verificadas entre 1% dos domicílios pesquisados em Goiânia e Palmas, e 39% em Manaus. Entre 9 e 11% dos domicílios pesquisados em Brasília e Vitória foram assim classificados. Em Manaus, o percentual de moradias inadequadas entre as famílias usuárias do PSF pesquisadas foi superior ao total de domicílios cadastrados pelo PSF no município, situação também observada em Vitória da Conquista, enquanto, em Palmas e Aracaju, o percentual de habitações construídas com material inadequado, encontrado entre as famílias pesquisadas, foi inferior ao do conjunto da população cadastrada.

Entre 4% (Goiânia) e 13% (Vitória da Conquista) dos domicílios pesquisados não tinham qualquer tipo de banheiro ou utilizavam banheiro externo de uso coletivo. As precárias condições de Vitória da Conquista podem ser parcialmente atenuadas devido a 50% das famílias pesquisadas, nesse município, viverem em zona rural. Essa característica foi observada em cerca de 9% dos domicílios pesquisados em Manaus e Vitória, e ao redor de 7%, em Camaragibe.

Em 5% ou mais das moradias adscritas ao PSF pesquisadas, em Camaragibe, Palmas, Aracaju, Goiânia, Manaus e Brasília, não existia uma cozinha como cômodo independente. Em Manaus, o percentual atingiu 17% dos domicílios pesquisados. A situação mais favorável nesse aspecto foi observada em Vitória da Conquista, onde apenas 2% dos domicílios não tinham cozinha independente.

Densidade de três ou mais moradores por dormitório indica intensa precariedade das condições habitacionais. Essa situação foi observada entre 24% (Vitória da Conquista) e 41% (Manaus) dos domicílios pesquisados.

O fornecimento de energia elétrica é o serviço essencial que alcança maior cobertura em todo o território nacional, atendendo 95% dos domicílios, em 1999, e 96% em 2001 (IBGE, 2002). A alta cobertura do serviço também foi observada entre as residências adscritas ao PSF nos municípios pesquisados que, excetuando-se Vitória da Conquista, atingiu entre 98 e 100%. Em Vitória da Conquista, 23% dos domicílios pesquisados não tinham esse serviço, percentual que não pode ser explicado por sua localização na Região Nordeste, onde a taxa de residências com iluminação elétrica foi a mais baixa do País em 2001 (89%), mas que encontra justificativa no fato de 50% das famílias pesquisadas habitarem em zona rural.

Quadro 34: Vulnerabilidade dos domicílios pesquisados segundo as características selecionadas (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Material de construção inadequado[1]	Sem banheiro e banheiro externo coletivo	Sem cozinha independente	Densidade 3 e + moradores/ dormitório	Sem energia elétrica [2]
Camaragibe	5,4	7,1	5,0	27,1	0,4
Palmas	0,8	4,6	5,4	31,3	0,0
Vitória da Conquista[3]	4,8	12,5	1,9	24,1	23,1
Vitória	11,3	8,7	3,8	27,0	1,3
Aracaju	2,0	4,2	5,0	32,9	1,3
Goiânia	1,0	4,0	6,0	27,0	0,0
Manaus	39,0	9,5	17,0	41,0	0,8
Brasília	9,2	4,6	7,1	30,8	1,3

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz; SAS/Cosac, Datasus/Siab.
[1] Madeira e material aproveitado comparados com características do total de domicílios cadastrados pelo PSF no município, 2001.
[2] Comparado com características do total de domicílios cadastrados pelo PSF no município, 2001.
[3] Em Vitória da Conquista, 50% das famílias pesquisadas habitavam em área rural.
Legenda: índice superior, índice igual e índice inferior ao verificado no conjunto da população cadastrada pelo PSF no município.

Na maior parte dos municípios, as condições de abastecimento de água dos domicílios adscritos ao PSF pesquisados eram piores que as do conjunto dos domicílios existentes. Condições de abastecimento de água mais favoráveis foram observadas em Vitória, onde menos de 1% dos domicílios pesquisados não era abastecida por meio de ligação com a rede geral de água e, em Palmas, onde esse percentual (2%) era inferior ao verificado no total de moradias existentes no município. Cerca de 9%, em Aracaju, e até 44%, em Vitória da Conquista, dos domicílios pesquisados não recebiam abastecimento de água da rede geral, com percentual superior a 30%, em Camaragibe, Goiânia e Manaus.

A grave situação de ausência de saneamento básico em Vitória da Conquista justifica o porquê – apesar de apresentar 44% dos domicílios pesquisados sem abastecimento de água por meio de rede geral – desse indicador não estar assinalado no quadro a seguir, pois foram assinaladas as situações com índice superior ao verificado no conjunto da população do município e os índices inferiores ao total da população, segundo dados do IBGE. Em 2001, existiam no Brasil 19% de moradias que não eram atendidas por rede geral de abastecimento de água, com grandes diferenças regionais: Norte urbano (36%), Nordeste (31%), Centro-Oeste (25%), Sul (18%) e Sudeste (10%). Comparando-se os domicílios adscritos ao PSF pesquisados com as médias regionais de abastecimento de água, observamos situações: discretamente melhor em Manaus, muito melhor em Palmas, Aracaju, Vitória e Brasília, situações piores em Camaragibe e Goiânia e muito pior em Vitória da Conquista.

A ausência de ligação com a rede geral de esgoto sanitário foi observada em mais de 60% dos domicílios adscritos ao PSF pesquisados em todos os municípios, exceto em Aracaju, Brasília e Vitória – município em que a situação foi a mais favorável, atingindo apenas 3% dos domicílios pesquisados. As situações mais críticas foram verificadas em Camaragibe e Vitória da Conquista, onde 81% e 73%, respectivamente, dos domicílios pesquisados não tinham ligação com a rede geral de esgoto. No entanto, em contextos municipais de alta precariedade de esgotamento sanitário, as condições habitacionais das famílias adscritas ao PSF pesquisadas, nesse aspecto, foram, em sua maioria, mais favoráveis do que a do total de moradias existentes nos municípios. Em Brasília, o percentual foi próximo da média municipal e, em Manaus, os domicílios adscritos ao PSF pesquisados encontravam-se em situação pior ao conjunto de habitações existentes.

A precária situação de saneamento básico, no aspecto de esgoto sanitário, fica ainda melhor caracterizada analisando o percentual do total de domicílios sem ligação com a rede geral de esgoto, que utiliza valas negras como destino das fezes e urina. Entre as moradias pesquisadas que não tinham ligação com a rede geral de esgoto, essa condição foi encontrada em 48% dos domicílios em Camaragibe, 36% em Manaus e ao redor de 15% em Vitória da Conquista, Vitória e Aracaju. Na maioria dos municípios, a utilização de valas negras foi superior entre as famílias adscritas ao PSF pesquisadas à população em geral, excetuando-se Palmas e Goiânia.

A proporção de residências atendidas por serviço de coleta de lixo passou de 80%, em 1999, para 83%, em 2001, no Brasil, mantendo-se, entretanto, grandes diferenças regionais: Norte urbana (85%), Nordeste (66%), Sudeste (92%), Sul (85%) e Centro-Oeste (84%) (IBGE, 2002). Em Goiânia, todos os domicílios adscritos ao PSF pesquisados eram atendidos por serviço direto ou indireto (caçamba) de coleta de lixo, situação mais favorável que a verificada no conjunto dos domicílios existentes no município e na média regional. O mesmo foi observado em Palmas e Vitória.

Em Vitória da Conquista, quase metade dos domicílios pesquisados não tinha seu lixo coletado, situação mais grave que a do conjunto da população e que a média regional, ainda que deva ser novamente lembrado que 50% das famílias pesquisadas, em Vitória da Conquista, viviam na zona rural. Em Brasília, o relativamente baixo percentual de domicílios pesquisados sem serviço de coleta de lixo correspondeu à média do Distrito Federal. Em Camaragibe, os 16% de domicílios pesquisados sem coleta de lixo também corresponderam à média do município e, embora a taxa seja relativamente alta, foi inferior à média da Região Nordeste (34%). Em Manaus e Aracaju, a situação das famílias adscritas ao PSF pesquisadas era pior que a da população total do município, no que se refere ao serviço de coleta de lixo.

Em todos os municípios, exceto Vitória, as famílias pesquisadas utilizavam mais outras formas de destino do lixo que o conjunto da população municipal. Essas formas, que incluem queimar ou enterrar no próprio terreno, jogar na rua, terreno baldio ou logradouro, e jogar em rio, lago ou mar, são, em sua maior parte, poluentes, além de criar condições para a procriação de insetos e roedores. Em Vitória, cerca de 5% das famílias informaram dar outro destino ao lixo que não a coleta direta ou indireta, percentual inferior ao do município e ao regional (8%). Em Vitória da Conquista, foi observado o percentual mais elevado de famílias que utilizavam outras formas de destino do lixo (55%), reiterando-se a observação sobre a característica rural de metade da amostra de famílias pesquisadas nesse município. Nos demais municípios, o percentual de utilização de outras formas de destino do lixo variou entre 7%, em Brasília, e 28%, em Manaus.

Quadro 35: Vulnerabilidade dos domicílios pesquisados segundo as características selecionadas (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Sem ligação c/ rede geral de água	Sem ligação c/ rede geral de esgoto	Com vala negra [1]	Sem coleta de lixo	Utiliza outra forma de destino do lixo
Camaragibe	33,3	80,8	47,5	15,8	26,0
Palmas	1,7	68,7	0,6	2,1	17,5
Vitória da Conquista[2]	44,2	73,0	14,5	49,0	54,8
Vitória	0,4	2,5	16,7	0,4	4,5
Aracaju	8,8	38,3	14,1	8,3	19,7
Goiânia	32,0	60,0	1,7	0,0	14,0
Manaus	35,3	65,1	35,7	13,7	27,8
Brasília	18,3	19,6	4,3	3,3	6,7

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz; IBGE – Contagem populacional, 1996; Censo Demográfico, 2000.
[1] Percentual do total de domicílios sem ligação com a rede geral de esgoto.
[2] Em Vitória da Conquista, 50% das famílias pesquisadas habitavam em zona rural.
Legenda – índice superior, índice igual e índice inferior ao verificado no conjunto da população do município.

Considerando o conjunto de características analisadas, a situação de vulnerabilidade habitacional mais intensa foi encontrada entre as famílias usuárias do PSF pesquisadas em Vitória da Conquista, e, apesar da influência da característica rural de metade das famílias pesquisadas, a precariedade da situação não deve ser atenuada. Importantes vulnerabilidades foram também observadas nos domicílios pesquisados de Manaus e Camaragibe.

Principais problemas da comunidade e de saúde, segundo as famílias adscritas ao PSF pesquisadas

Nos questionários utilizados para entrevistar as famílias usuárias do PSF, solicitava-se ao entrevistado que informasse, livremente, os três maiores problemas da localidade (bairro ou comunidade) de residência, sem restringir-se a problemas de saúde e, posteriormente, que informasse os três maiores problemas de saúde. As respostas sobre os três principais problemas existentes na localidade foram agrupadas em: infra-estrutura urbana em geral – ruas e praças não asfaltadas, poeira, falta de transporte, falta de telefone, falta de local para lazer dos jovens e falta de iluminação pública; infra-estrutura urbana de saneamento – falta de esgoto da rede pública, falta de água encanada ou de água tratada, lixo na rua ou não recolhido no dia previsto; falta de segurança e violência; problemas de saúde – foram somados todos os tipos mencionados, isto é, relativos aos profissionais ou unidades básicas de saúde, acesso ao atendimento, emergências, medicamentos; e problemas de educação – falta de escola no bairro, falta de vagas, falta de escola para adultos, ensino precário ou ruim, falta de incentivo para os adolescentes estudarem (atividades extracurriculares), falta de creche e jardim-de-infância. E, diante das respostas obtidas, também foi necessário criar um grupo relacionado com a não existência de problemas na localidade.

Aspectos relacionados com a infra-estrutura urbana geral foram considerados, embora com percentuais bastante variados (entre 30% e 80%), pelas famílias pesquisadas, em Camaragibe, Palmas, Vitória da Conquista e Aracaju, como o principal grupo de problemas existentes em seus locais de moradia. E, mesmo sem constituir o primeiro grupo de problemas da comunidade, foram assinalados, pelas famílias adscritas ao PSF pesquisadas em Goiânia e Manaus, em percentuais superiores aos de alguns dos municípios, onde constituíram o principal grupo de problemas.

Entre 19 e 61% das famílias pesquisadas mencionaram aspectos relativos à infra-estrutura de saneamento entre os três principais problemas do bairro, constituindo o grupo de problemas mais mencionado pelas famílias pesquisadas em Manaus. Falta de segurança pública e violências foi o maior grupo de problemas da localidade de residência, segundo as famílias usuárias do PSF pesquisadas em Vitória, Goiânia e Brasília; o segundo grupo mais mencionado em Aracaju e Manaus (neste, em conjunto com problemas de infra-estrutura em geral) e o terceiro, nos demais municípios.

Em todos os municípios, exceto Brasília, os aspectos relacionados com o setor Saúde ficaram em quarto lugar na escala de principais problemas da comunidade, com percentuais de respostas que variaram entre 12% (Vitória) e 28% (Aracaju). Em Brasília, esse grupo de problemas, mesmo tendo sido informado por cerca de 24% dos entrevistados, ficou em terceiro lugar.

Entre 6% (Vitória) e 15% (Palmas e Vitória da Conquista) das famílias adscritas ao PSF pesquisadas mencionaram problemas relacionados com o setor educacional na localidade de residência. Em todos os municípios, exceto em Aracaju, ocuparam o quinto lugar na ordem de principais problemas da

comunidade. Em Aracaju, os aspectos educacionais constituíram o sexto maior grupo de problemas, pois foram superados pelo percentual de entrevistados que informaram não existir problemas no bairro. Também em Vitória foi elevado o percentual de informantes que considerou não existir qualquer problema na localidade de residência (19%), ficando em segundo lugar, junto com o grupo de problemas relacionados com infra-estrutura de saneamento. Nos demais municípios, esse percentual variou entre 5% (Camaragibe) e 13% (Brasília). Em Vitória da Conquista e Goiânia, a tipologia das respostas não considerou esse grupo.

Quadro 36: Principais problemas da comunidade segundo as famílias adscritas ao PSF pesquisadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Infra-estrutura urbana geral	Infra-estrutura de saneamento	Falta de segurança e violência	Saúde	Educação	Não há problemas
Camaragibe	69,2	56,7	22,9	14,1	7,1	5,0
Palmas	39,6	31,7	22,1	16,2	15,4	6,7
Vitória da Conquista	80,8	43,3	17,3	15,5	15,4	...
Vitória	18,3	19,2	38,2	12,0	5,8	19,2
Aracaju	30,4	26,3	27,1	28,2	7,9	17,1
Goiânia	42,0	39,0	52,0	25,0	12,0	...
Manaus	35,3	60,6	35,3	18,3	11,6	6,2
Brasília	27,9	20,0	47,5	23,8	14,2	12,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

As respostas relacionadas com os três principais problemas de saúde existentes no bairro de residência foram agrupadas em cinco categorias. O grupo de doenças contém todas as mencionadas. O de profissionais de saúde inclui queixas sobre falta de médicos especialistas, falta de profissionais no atendimento, falta de dentista, falta de visita domiciliar dos médicos, dificuldades dos médicos de realizar diagnóstico, número reduzido de visitas domiciliares por ACS. O grupo infra-estrutura urbana de saneamento refere-se à falta de esgoto, falta de água encanada ou de água tratada, lixo na rua ou não recolhido no dia previsto. Acesso ao atendimento engloba grande tempo de espera, mesmo com consulta marcada, falta de vagas para consultas, atendimento precário, dificuldade de atendimento quando encaminhado, dificuldades em obter consultas. O grupo de medicamentos refere-se à falta de medicamentos em quantidade e variedade. Também nesse caso foi necessário incluir o grupo de entrevistados, que informou a inexistência de problemas de saúde na comunidade em que residiam.

Doenças diversas foram referidas em todos os municípios pesquisados, dentre os principais problemas de saúde da localidade, com percentuais que variaram entre 12% (Brasília) e 30% (Camaragibe). Apenas em Camaragibe e Vitória constituíram o grupo de problemas mais mencionado, pois em Aracaju e

Manaus, onde também foram mais mencionados que os demais grupos, os percentuais de entrevistados que informaram a inexistência de problemas de saúde no bairro de residência foi mais elevado.

Em segundo lugar, em maior número de municípios, as famílias adscritas ao PSF pesquisadas mencionaram dificuldades de acesso ao atendimento, que constitui o grupo mais mencionado de problemas de saúde em Palmas, Goiânia e Brasília; ocupou o segundo lugar na ordem dos principais problemas de saúde da comunidade em Vitória da Conquista e Vitória, e o terceiro lugar em Camaragibe e Aracaju. No conjunto dos municípios, os percentuais variaram entre 12% (Manaus) e 38% (Goiânia).

Aspectos relacionados com os profissionais de saúde, incluindo os agentes comunitários de saúde, foram referidos por 13% dos entrevistados em Vitória e Aracaju, mas por 39% em Vitória da Conquista, município onde constituíram o principal grupo de problemas de saúde. Em Camaragibe, Palmas, Goiânia e Brasília, o grupo de problemas com profissionais de saúde ficou em segundo lugar.

Problemas de infra-estrutura de saneamento também foram referidos como principais problemas de saúde por 19% das famílias de Manaus, município em que foi o terceiro grupo de problemas mais mencionado. Dificuldades de acesso aos medicamentos constituíram um dos três principais problemas de saúde da localidade de residência para as famílias entrevistadas em Vitória da Conquista (14%) e em Goiânia, onde foi mencionado com percentuais similares aos de Vitória da Conquista, mas ficou em quarto lugar na ordem de principais problemas de saúde. Porém, dificuldades no acesso aos medicamentos foram pouco informadas por famílias adscritas ao PSF entrevistadas em Vitória (3%) e Aracaju (4%).

O grupo de aspectos sobre infra-estrutura de saneamento ocupou o quarto lugar na ordem de principais problemas de saúde em Camaragibe e Palmas, e o quinto lugar em Vitória da Conquista, Goiânia, Vitória e Aracaju. Em Brasília, ficou em sexto lugar. Em Vitória, o percentual de entrevistados que informou não existirem problemas de saúde foi mais elevado do que os que mencionaram problemas com profissionais de saúde. Em Aracaju, o aspecto mais informado por famílias usuárias do PSF pesquisadas foi a inexistência de problemas de saúde, e, em Brasília, os entrevistados que informaram não existirem problemas de saúde na comunidade de residência superaram os que referiram deficiências na infra-estrutura de saneamento.

Quadro 37: Principais problemas de saúde da comunidade segundo as famílias adscritas ao PSF pesquisadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Doenças	Acesso ao atendimento	Profissionais de saúde	Infra-estrutura de saneamento	Medicamentos	Não há problemas
Camaragibe	30,4	26,3	27,5	15,8	11,3	8,8
Palmas	13,8	25,8	14,6	7,5	7,1	11,7
Vitória da Conquista	14,4	18,3	38,5	7,7	14,4	-
Vitória	28,3	23,3	12,5	7,9	2,5	21,7
Aracaju	20,0	17,9	12,9	11,7	3,8	21,3
Goiânia	15,0	38,0	31,0	4,0	14,0	-
Manaus	21,2	11,2	16,2	19,1	8,3	24,1
Brasília	11,7	32,1	21,7	4,6	11,3	10,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Casos de violência e acidentes nas comunidades

A pesquisa dedicou especial atenção aos problemas relacionados com violências e acidentes, por ser uma característica dos grandes centros urbanos com graves conseqüências no perfil de morbimortalidade de seus habitantes e com interferências nas necessidades de acesso, na utilização dos serviços de saúde e na organização da rede municipal de unidades de saúde. Entre o conjunto de aspectos pesquisados sobre esse tópico, apresentamos as respostas dos entrevistados às perguntas sobre se eram comuns episódios de violências ou acidentes na localidade em que residiam, que nos casos afirmativos era complementada com os tipos de episódios de violências ou de acidentes mais freqüentes.

A percepção de violência na comunidade de residência pode ser analisada em relação tanto às respostas que indicaram falta de segurança e violência entre os principais problemas das comunidades, quanto em relação às experiências de violências ou acidentes que algum integrante da família tenha passado no ano anterior à pesquisa. Para as famílias que respondiam que algum membro tinha vivido uma experiência de violência ou tinha sofrido algum tipo de acidente nos 12 meses anteriores à pesquisa, perguntou-se também o tipo de episódio, a existência e gravidade de ferimentos, a procura de serviços de saúde e o tipo de serviço procurado.

Consideraram comuns casos de violências ou acidentes no bairro de residência 52% ou mais das famílias usuárias do PSF pesquisadas em Manaus, Brasília, Goiânia e Vitória. Neste último município, cerca de 65% consideraram freqüentes episódios de violências nos locais em que residiam. Em Palmas e Aracaju, 33% e 48% das famílias, respectivamente, afirmaram serem comuns casos de violências, enquanto os percentuais mais baixos foram verificados em Vitória da Conquista (28%) e Camaragibe (23%).

De maneira geral, essas respostas coincidiram com o lugar ocupado por 'falta de segurança e violência', entre os principais problemas da comunidade, que foi o grupo mais mencionado em Brasília, Goiânia e Vitória e ficou em terceiro lugar em Camaragibe, Palmas e Vitória da Conquista. Em Manaus e Aracaju, a associação das respostas não foi tão nítida.

Entretanto, a ordem dos municípios se altera quando analisamos as respostas relativas às experiências de violências ou acidentes por integrantes das famílias no ano anterior à pesquisa. Brasília apresentou o maior número de famílias cujos integrantes haviam passado por situação de violência ou acidente (17%), seguida por Aracaju (16%), Manaus (12%) e Palmas (10%). Em Vitória, cujas famílias pesquisadas mais percebiam a freqüência de casos de violência na comunidade, apenas 5% delas tinha experimentado essa situação no ano anterior, percentual idêntico ao encontrado em Camaragibe, onde a percepção tinha sido a mais baixa. Em Vitória da Conquista e Goiânia, o número de famílias pesquisadas foi bem menor e o tipo de questionário utilizado identificou apenas os moradores que viveram episódios de violência. Todavia, observa-se certa coerência, em Vitória da Conquista, entre o baixo percentual de famílias que informaram serem freqüentes os episódios de violência na localidade em que residiam (sétimo lugar entre oito municípios) e os moradores que sofreram episódios do tipo (oitavo entre oito) enquanto, em Goiânia, a percepção da violência era muito mais acentuada (61%) do que a própria experiência (4%).

Como poderiam ocorrer durante os 12 meses anteriores à pesquisa mais de um episódio de violência ou acidente entre membros de uma mesma família, foram assinalados o número total de episódios, que variaram entre um máximo de 64, em Brasília, e um mínimo de 13, em Camaragibe e Vitória da Conquista. A avaliação da gravidade do episódio foi realizada pelo próprio entrevistado, variando entre 13% em Vitória e 54% em Vitória da Conquista. Além desses dois municípios que apresentaram situações polares, nos demais, cerca de 26% dos episódios foram considerados graves.

Em todos os municípios, exceto Vitória da Conquista, o percentual de envolvidos em episódios de violências ou acidentes que procuraram serviços de saúde foi superior ao percentual informado de gravidade do evento. Em Vitória da Conquista, as proporções foram iguais. Em Camaragibe, Manaus e Brasília, os percentuais dos que procuraram serviços de saúde foram discretamente superiores aos que consideraram o episódio grave. Em Aracaju, a procura de serviços de saúde foi 1,5 superior, e, em Goiânia, Vitória e Palmas, a procura foi duas vezes maior do que a avaliação de gravidade do episódio.

Quadro 38: Percepção de violência na comunidade e experiências de violência das famílias pesquisadas nos últimos 12 meses (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Consideram comuns casos de violência na comunidade (%)	Famílias com experiências de violência (%)	Total de episódios (N)	Episódios graves (%)	Procuraram assistência (%)
Camaragibe	23,3	4,6	13	38,5	46,2
Palmas	32,5	9,6	31	19,4	41,9
Vitória da Conquista	27,9	2,7	13	53,8	53,9
Vitória	64,6	4,6	16	12,5	25,0
Aracaju	48,3	15,8	48	25,0	39,6
Goiânia	61,0	3,5	14	21,4	42,8
Manaus	52,0	11,6	38	23,7	31,6
Brasília	55,8	17,1	64	28,1	32,8

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

* Percentual de moradores com experiência de violência ou acidentes no último ano. Em Vitória da Conquista e Goiânia, foram pesquisadas apenas 100 famílias usuárias do PSF, reunindo 435 e 400 moradores, respectivamente.

Integração do PSF à rede de serviços de saúde

Eixo que permite analisar o modelo implementado e o alcance da estratégia quanto à constituição de uma rede assistencial integrada, na qual a USF é a porta de entrada do sistema. A partir de resultados da pesquisa com gestores, profissionais das ESF e usuários do PSF, trabalhando-se informações qualitativas e quantitativas, são analisados neste eixo: a constituição da USF como porta de entrada do sistema de saúde; a integração da USF aos demais níveis de complexidade; a presença e o uso de mecanismos de referência e contra-referência e a alimentação e utilização do Siab.

A USF como porta de entrada do Sistema de Saúde

Para a avaliação da constituição da USF como serviço de primeiro contato, são analisados: o acesso das famílias à ESF/USF; a utilização da ESF/USF pelas famílias cadastradas; o serviço de procura regular das famílias adscritas e o procurado no último mês frente à necessidade de atenção; e a percepção dos integrantes da ESF sobre a porta de entrada.

A integração do PSF à rede é condicionada pela organização prévia do sistema municipal e dos graus de liberdade de ação do gestor municipal para integrar a rede (condição de habilitação do município, proporção de unidades da rede SUS no território sob gestão municipal, disponibilidade de recursos e proporção de serviços públicos e privados). Contudo, é principalmente dependente da iniciativa dos

gestores em implantar o PSF como estratégia de reordenação do sistema ou programa paralelo à rede preexistente.

Um sistema integrado pressupõe oferta organizada de assistência integral (preventiva, curativa e de reabilitação), garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre os diversos níveis de complexidade do setor ambulatorial (baixa, média e alta) e com o setor hospitalar, com fluxos e percursos definidos, e ordenada espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território.

Para a constituição da USF como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é de que a USF seja acessível à população adscrita, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, temporal (horários de funcionamento adequados às necessidades da população da área), administrativas e culturais.

As USF eram acessíveis e conhecidas pelas famílias cadastradas. A grande maioria das famílias adscritas ao PSF (>90%) afirmou conhecer o local onde funciona o PSF nos municípios estudados, exceto em Goiânia. Em Vitória da Conquista, a proporção levemente inferior (86%) decorre do fato de metade da amostra das famílias ter sido constituída de população rural e espacialmente dispersa.

Entre as famílias que conheciam a localização da USF, em todos os oito municípios estudados, mais de 90% afirmaram ser fácil chegar ao local e, em sua maioria, informaram que se deslocavam a pé até a unidade. Todavia, a avaliação dos auxiliares de enfermagem e ACS foi menos positiva. Embora tenham concordado que a USF é acessível, observou-se importante variação entre as proporções de auxiliares de enfermagem e de ACS que concordaram muito que a USF é acessível à população cadastrada (38% a 74%). As avaliações mais positivas, próximo a 70%, foram dos ACS e auxiliares de enfermagem das ESF de Palmas, Vitória da Conquista, Goiânia e Brasília.[26]

A utilização da ESF/USF pelas famílias adscritas foi, em geral, elevada. Mais de 90% das famílias entrevistadas receberam, alguma vez, atendimento de profissionais da ESF. Em Vitória da Conquista (86%) e Goiânia (83%), esses percentuais foram um pouco menores, pois a pergunta excluía o ACS nesse atendimento.

Observou-se, contudo, importante variação na proporção de usuários que receberam atendimento de profissionais da ESF nos últimos 30 dias (82% a 48%). Perguntados se alguém da família entrara em contato para atendimento ou por meio de visita à residência com algum profissional de Saúde da Família, incluindo o ACS, nos últimos 30 dias, proporções mais elevadas de entrevistados informaram ter recebido atendimento em Vitória da Conquista (82%), Aracaju (73%) e Palmas (67%). Em Camaragibe e Brasília, durante o mês anterior à realização da pesquisa, apenas cerca da metade das famílias entrara em contato, para atendimento, com algum profissional da ESF, o que indica que as visitas domiciliares pelos ACS não estavam sendo realizadas com freqüência mensal.[27]

[26] A diferença de avaliação pode ser decorrente de que foram entrevistados profissionais de todas ou da maioria das áreas, enquanto famílias o foram apenas de oito áreas por município. Os profissionais, portanto, forneceram um conhecimento do conjunto das USF.

[27] Em Brasília, muitas equipes estavam incompletas pela ausência de ACS (além do médico), havendo problemas para a substituição de ACS. Em Camaragibe, o elevado número de famílias sob responsabilidade de cada ESF e ACS era apontado como razão para a realização de visitas apenas com intervalos de 45 em 45 dias. Segundo o Siab, a média mensal de visitas domiciliares por família cadastrada em 2001, no Município de Camaragibe, foi de 0,7, ou 8,4 visitas no ano (4 visitas a menos do esperado).

Quadro 39: Acesso à ESF/USF das famílias adscritas ao PSF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Indicadores	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
% Famílias que conhecem a localização da USF	96,7	96,7	85,9	98,7	93,8	55,9	99,2	94,6
% Famílias entre as que conhecem e que afirmaram ser fácil chegar à USF	95,7	95,7	92,4	93,6	95,1	94,1	97,1	91,6
% Famílias que alguma vez receberam atendimento da ESF	95,8	96,7	(1)85,6	97,9	100,0	(1)83,0	90,5	98,7
% Famílias que receberam atendimento da ESF nos últimos 30 dias	48,7	67,1	82,0	57,1	72,9	62,7	65,1	48,1
% Profissionais da ESF que concordaram muito que a USF é acessível à população cadastrada								
Auxiliares de enfermagem	48,3	70,4	(2)71,8	38,2	48,3	(2)74,5	55,9	68,6
Agentes comunitários de saúde	49,5	68,2	...	40,1	57,9	...	50,6	61,7

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

(1) No questionário aplicado em Vitória da Conquista e Goiânia, a pergunta excluía o ACS nesse atendimento.

(2) A versão do questionário aplicado nos municípios de Vitória da Conquista e Goiânia permite calcular a média para auxiliares de enfermagem e ACS.

Um sistema integrado implica na hierarquização dos serviços em níveis de complexidade e pressupõe que existe um serviço de primeiro contato, aqui denominado de porta de entrada (gatekeeper), procurado regularmente a cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento e/ou acompanhamento rotineiro de sua saúde.

Para funcionar como porta de entrada, a USF, além de ser acessível, deve, portanto, constituir-se em serviço de procura regular e servir de filtro e ponto de entrada do fluxo, pela rede assistencial, na busca, coordenada pelo generalista, da melhor opção de assistência disponível para cada tipo de necessidade (STARFIELD, 2001, p. 130).

Para investigar se a USF é porta de entrada do sistema de saúde, foi avaliado se a USF é o serviço de procura regular da população adscrita. O primeiro indicador construído foi a proporção de famílias que em geral procuram a ESF/USF, em primeiro lugar, quando precisam de atendimento/auxílio por profissional ou serviço de saúde. Em Vitória da Conquista (67%), Aracaju (63%), Vitória (63%) e Palmas (52%), metade ou mais das famílias informaram que, geralmente, procuram a ESF/USF para atendimento. Em geral, nos municípios em que o PSF foi concebido e implantado como programa paralelo, a ESF/USF, segundo esse critério, não se constituía em porta de entrada. Manaus (27%), Brasília (31%) e Goiânia (33%) apresentaram as menores proporções da USF como serviço de procura regular pela população adscrita.

Em todos os municípios, entretanto, foram observadas menores proporções de famílias que procuraram a USF durante episódio de doença ocorrido nos últimos 30 dias. Na experiência de uso recente,

Aracaju (62%), Vitória (41%) e Palmas (39%) apresentaram as maiores proporções de procura da USF. Em Camaragibe (20%), Brasília (23%) e Manaus (24%), cerca de apenas um quinto das famílias cadastradas havia procurado a ESF/USF em razão de mal-estar ou episódio de doença nos 30 dias anteriores à pesquisa.

Embora a maior parte dos episódios não fosse grave, os serviços mais procurados, em geral, foram serviços de urgência. Em Camaragibe, 32% procuraram posto ou centro de saúde com serviço de urgência; em Vitória da Conquista, 30% procuraram o hospital e, em Manaus (30%) e Brasília (28%), a principal procura foi por pronto-socorro.

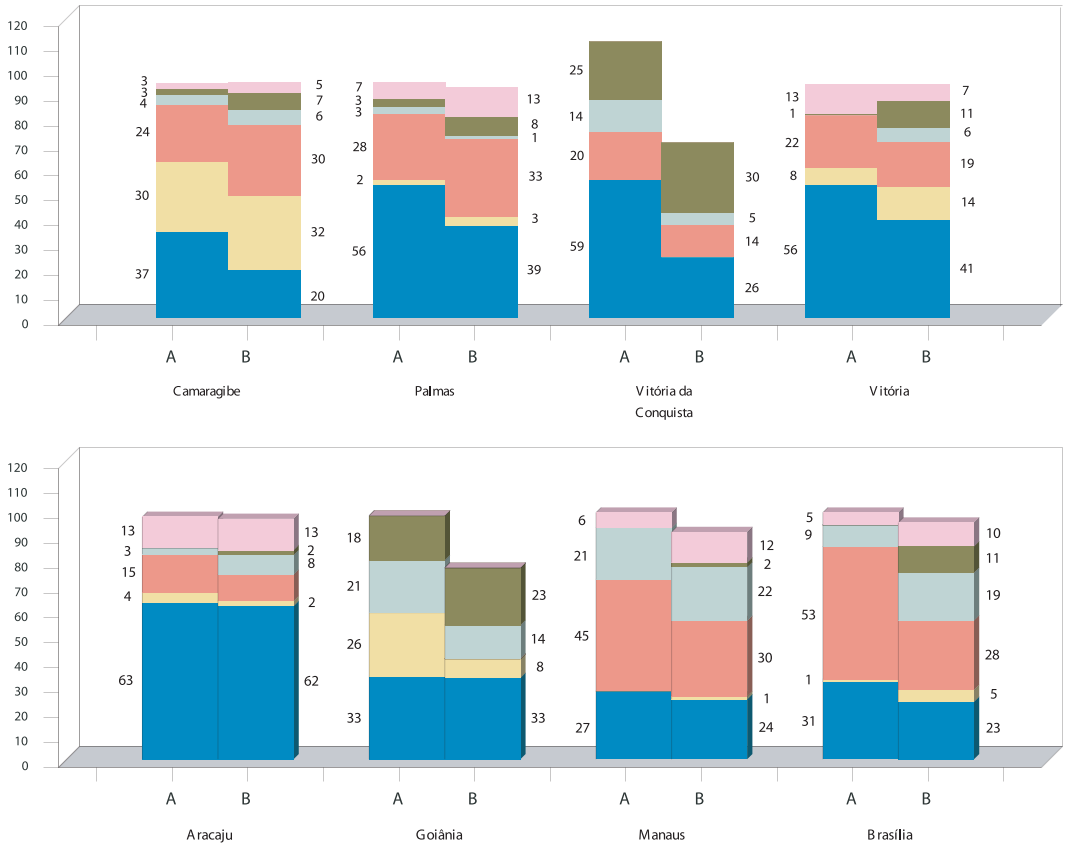
Outros serviços de Atenção Básica como postos e centros de saúde continuavam sendo procurados em Manaus (22%), Brasília (19%) e Goiânia (14%), indicando existência de paralelismo de redes básicas nessas localidades.[28]

As maiores proporções de procura de serviços extra-SUS, durante episódio de doença ou mal-estar, nos últimos 30 dias, entre as famílias adscritas, foram observadas em Aracaju e Palmas (13%), Manaus (12%) e Brasília (10%).

Os resultados, ilustrados no gráfico a seguir, sugerem que, nas localidades onde ocorreu substituição de rede básica tradicional por Saúde da Família, há maior probabilidade da ESF/USF constituir-se em porta de entrada (Aracaju, Palmas e Vitória). A baixa proporção de procura da USF em episódio de doença pode estar relacionada às barreiras de acesso decorrentes de horários de funcionamento, adscrição ao local de moradia, e não ao de trabalho, às dificuldades em garantir atendimento à demanda espontânea e aos grupos não prioritários e à implantação recente do serviço. Os resultados indicam ser necessário repensar horários de funcionamento das unidades e estabelecer fluxos de informação e referência entre os serviços de urgência/pronto atendimento e as ESF/USF.

[28] Em Manaus, foi observada a existência de três redes básicas paralelas: a rede PMF/PSF, a rede básica tradicional do município e a rede básica estadual em processo de expansão.

Gráfico 2: **Serviços de saúde geralmente procurados e utilizados em episódios de doenças nos últimos 30 dias, por famílias usuárias do PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**



Legendas:

A - Serviços ou profissionais de saúde procurados geralmente

B - Serviços ou profissionais de saúde procurados em episódios de doença ocorrida nos últimos 30 dias

- USF ou ESF / ACS + Profissional da ESF
- Postos ou centros de saúde
- Centro de saúde com serviço de urgência
- Hospital
- Pronto-socorro
- Clínica ou médico privado

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/Fiocruz

Outro indicador de acesso à assistência à saúde é a proporção de pacientes atendidos no primeiro serviço procurado. Na maioria das vezes (77% e mais), os pacientes receberam atendimento no primeiro serviço ou profissional de saúde que procuraram. Todavia, nos últimos 30 dias, cerca de 20% dos pacientes necessitaram procurar dois ou três serviços antes de conseguir atendimento.

Outros indicadores selecionados para inferir sobre a USF, como porta de entrada do sistema de saúde, foram as proporções de entrevistados que responderam que depois do PSF procuram menos hospitais, especialistas e serviços de urgência. Perguntados se depois da implantação do PSF os familiares procuram mais, em freqüência igual, ou menos os hospitais e especialistas, a metade ou mais dos entrevistados respondeu que procuram menos esses serviços em todos os municípios, exceto Goiânia. Vitória da Conquista (69%), Camaragibe (65%) e Manaus (60%) apresentaram as avaliações mais positivas.

Resultados semelhantes foram observados em relação aos serviços de urgência. Perguntados se depois da implantação do PSF os familiares procuram mais, em freqüência igual, ou menos os serviços de urgência e emergência, mais da metade dos entrevistados afirmou que procura menos, exceto em Goiânia.

Quadro 40: **USF como porta de entrada do sistema de saúde, indicadores selecionados de procura das famílias, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Indicadores (%)	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
Famílias que geralmente procuram a ESF/USF em primeiro lugar quando precisam de atenção à saúde	35,8	52,1	76,9	55,8	61,6	33,0	26,1	31,3
Famílias que procuraram a ESF em episódio de doença nos últimos 30 dias	20,0	39,1	25,6	40,4	60,9	32,7	23,5	23,1
Pacientes atendidos no primeiro serviço de saúde procurado	80,9	78,2	88,3	76,8	92,7	82,8	80,9	77,9
Famílias que depois do PSF procuram menos hospitais e especialistas	64,6	55,4	69,2	56,3	53,7	37,0	60,2	54,5
Famílias que depois do PSF procuram menos serviços de urgência	63,3	54,6	69,2	57,5	51,1	27,0	54,4	52,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Outros indicadores para avaliar a constituição da USF como porta de entrada foram construídos a partir das percepções dos profissionais. Em Camaragibe, Aracaju e Palmas, mais de 80% dos profissionais de nível superior integrantes da ESF (e mais de 70% entre os médicos) concordaram muito que a USF tornou-se porta de entrada do sistema de atenção. Os piores resultados foram observados em Brasília, onde apenas 37% dos médicos e 52% dos profissionais de nível superior concordaram muito com essa afirmativa. Nos outros municípios, mais da metade dos profissionais concordaram muito que a ESF/USF tornou-se porta de entrada.

Outro indicador selecionado foi a proporção de profissionais que discordaram da afirmativa "a população ainda procura primeiro a rede convencional ou hospitalar". Somente em Camaragibe e em Aracaju, mais da metade dos profissionais discordaram da assertiva, indicando procura maior pela rede PSF. Entre os médicos, os resultados variaram entre 64% (Camaragibe) e 19% (Manaus).

O conjunto de critérios analisados evidencia que, em parte dos municípios estudados, as ESF/USF ainda não se tornaram a porta de entrada do sistema de atenção à saúde, carecendo inclusive de integração ao restante da rede básica.

Quadro 41: Percepção dos profissionais da ESF sobre a USF como porta de entrada, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Concordam muito: *USF tornou-se porta de entrada do sistema de atenção*		Discordam: *população ainda procura primeiro a rede convencional ou hospitalar*	
	Médicos	Prof nível superior	Médicos	Prof. nível superior
Camaragibe	86,4	92,4	63,6	66,0
Palmas	75,0	82,7	25,0	28,8
Vitória da Conquista	...	65,6	...	...
Vitória	64,5	69,8	41,9	41,3
Aracaju	69,7	80,9	54,5	52,1
Goiânia	...	67,0	...	...
Manaus	64,3	55,4	46,4	39,3
Brasília	37,1	51,6	18,5	25,7

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Integração da USF aos demais níveis de complexidade

A integração da Atenção Básica aos demais níveis de complexidade possibilita a coordenação da atenção ao paciente pelo generalista e pressupõe que o acesso à atenção especializada depende de encaminhamento da ESF. A integração é proporcionada pelo estabelecimento de mecanismos de referência e por realização da contra-referência.

A integração da USF aos demais níveis de complexidade é avaliada por meio dos encaminhamentos experimentados pelos usuários, quando atendidos pela ESF, e o acesso das famílias a consultas especializadas, exames, internações e medicamentos, avaliado por usuários e profissionais. Essa avaliação completa-se com a análise dos mecanismos de referência e contra-referência e o seu uso pelos profissionais da ESF.

Em cinco das cidades estudadas, 70% e mais das famílias consideraram a USF resolutiva, informando que geralmente consegue resolver o problema de saúde quando é atendido pela ESF. Em Vitória da Conquista e Aracaju, observaram-se os melhores resultados: 80% dos entrevistados consideraram o atendimento da ESF resolutivo. Os piores resultados foram encontrados em Goiânia (46%), Palmas (34%) e Manaus (33%), onde cerca de um terço ou mais das famílias informaram que geralmente precisam procurar especialista quando são atendidos pela ESF.

A proporção de encaminhamentos realizados pela ESF em seus atendimentos é indicativa da resolutividade da equipe. Em geral, foram informadas pelas famílias proporções inferiores de encaminhamentos para especialistas e internações, nos atendimentos nos últimos 30 dias realizados por médicos e enfermeiros da ESF, do que as proporções apresentadas quanto à percepção geral de resolutividade.

Entre as famílias atendidas nos últimos 30 dias por médico e enfermeiro, a proporção de encaminhamentos para consulta médica e internação variou de 15%, em Manaus, a 28%, em Camaragibe, sendo que em cinco das cidades a proporção de encaminhamentos foi inferior a 20%.

Esses resultados foram inferiores aos obtidos por meio dos dados do Siab que informam o total de encaminhamentos, variando de 8% das consultas médicas em Vitória, Aracaju e Brasília, a 13% em Camaragibe. A proporção de encaminhamentos por consulta realizada é indicador de resolutividade do serviço, porém não pode ser analisada isoladamente, pois não informa sobre o resultado do cuidado para o paciente e por nela interferir o conhecimento clínico do médico, com decisão adequada ou não, sobre a melhor opção de cuidado para cada caso. Além disso, uma baixa proporção de encaminhamentos pode ser condicionada por dificuldades de agendamento nos outros serviços.

Quadro 42: **Resolutividade da ESF/USF e proporção de encaminhamentos do PSF para outros serviços de saúde (%) segundo as famílias entrevistadas e a partir do Siab, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002***

Indicadores (%)	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
Geralmente precisam procurar especialistas [1]	27,8	33,8	19,2	22,7	19,2	46,2	32,6	29,5
Total encaminhamentos [2]	27,5	13,7	23,1	12,2	16,1	27,5	15,3	16,4
Consulta médica	25,5	11,8	21,2	8,2	15,5	27,5	14,1	14,8
Internação ou cirurgia	2,0	1,9	1,9	4,0	0,6	0,0	1,2	1,6
Total encaminhamentos Siab	12,8	9,9	10,0	7,7	8,3	8,6	...	8,1
Atendimento especializado	11,9	8,3	9,0	5,8	6,7	7,7	...	6,6
Internação hospitalar	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,5	...	0,3
Urgência/emergência	0,7	1,3	0,8	1,7	1,2	0,4	...	1,2

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz; SIAB.
[1] Base: famílias que alguma vez foram atendidas na USF.
[2] Base: familiares atendidos pelo PSF, nos últimos 30 dias, por médico ou enfermeiro. Em Vitória da Conquista e Goiânia, a pergunta admitia mais de uma resposta.
* Dados do Siab para 2001.

Em todas as cidades estudadas, mais da metade dos médicos informaram conseguir realizar agendamento de serviços ambulatoriais de média complexidade sempre ou na maioria das vezes. Em Camaragibe, Manaus e Vitória, mais de 70% dos médicos informaram conseguir agendar esses serviços da mesma maneira. As maiores dificuldades para agendamento de serviços de média complexidade foram observadas em Brasília, Aracaju e Palmas, localidades nas quais mais de 40% dos médicos informaram que nunca ou poucas vezes conseguiam agendar esses serviços.

Perguntados quanto ao tempo médio de espera do paciente referenciado, para ações especializadas de saúde, para ser atendido, os profissionais de nível superior das ESF, em geral, informaram tempos inferiores a 30 dias. Todavia, baixa proporção dos profissionais considera o tempo médio de espera para serviços especializados inferior ou igual a 15 dias, variando de 6%, em Palmas, a 32%, em Aracaju. Para esses serviços, os tempos de espera mais elevados foram percebidos em Palmas (48%), Brasília (41%), Camaragibe (38%) e Vitória (36%), onde mais de um terço dos profissionais de nível superior informaram ser o tempo médio de espera superior a 30 dias.

Coerente com as competências de serviços básicos, observou-se grande dificuldade dos médicos do PSF em realizar agendamento para serviços de alta complexidade. Apenas entre 9% (Camaragibe) e 32% (Brasília) dos profissionais de nível superior informaram agendar esses serviços sempre ou na maioria das vezes. O acesso a serviços de alta complexidade deve ser regulado por protocolos clínicos e, na maioria das situações, a solicitação desses serviços dever estar a cargo do especialista.

Quadro 43: Agendamento de serviços ambulatoriais e tempo médio de espera, PSF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Médicos que conseguem agendar ambulatórios[1]		Tempo médio de espera[2]	
	Média complexidade	Alta complexidade	Até 15 dias	Mais de 30 dias
Camaragibe	81,8	9,1	11,4	37,8
Palmas	58,3	20,9	5,7	48,2
Vitória da Conquista	62,5	...	...	...
Vitória	70,9	12,9	11,2	36,4
Aracaju	57,6	15,1	32,0	17,1
Goiânia	62,2	...	...	...
Manaus	75,0	25,0	30,4	16,1
Brasília	55,5	37,0	10,9	40,6

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] Informaram conseguir agendar sempre ou na maioria das vezes.
[2] Informação do conjunto de profissionais de nível superior.

Em Vitória da Conquista e Goiânia, os questionários utilizados na pesquisa tiveram algumas perguntas diferentes, tendo sido indagados sobre os tempos máximos e mínimos para a realização de consultas e exames. Como se pode observar na tabela a seguir, o tempo máximo de espera, informado pelos profissionais de nível superior, em Vitória da Conquista foi muito menor do que em Goiânia para consultas especializadas e similar para exames. Em Vitória da Conquista, 50% dos profissionais informaram tempo máximo de espera até 30 dias para consultas especializadas e 66% para exames. Em Goiânia, apenas 15% informaram tempo máximo de espera até 30 dias para consultas e 78% para exames. Esse melhor resultado para exames está provavelmente relacionado com a existência, em Goiânia, de central informatizada de emissão de guias para exames laboratoriais com terminais nas unidades básicas (UBS) e definição de cotas financeiras por unidade.[29]

[29] As 'casinhas do PSF', em geral, não estão informatizadas e os usuários com o pedido do médico da ESF devem ir até a UBS para pegar o vale-exame e dirigir-se aos laboratórios SUS, na maioria privados contratados.

Tabela 2: **Tempo máximo de espera para consultas especializadas e exames segundo os profissionais de nível superior do PSF, Vitória da Conquista (BA) e Goiânia (GO), 2001**

Tempo máximo	Consultas				Exames			
	Vitória da Conquista		Goiânia		Vitória da Conquista		Goiânia	
	%	% ac.	%	% ac.	%	% ac.	%	% ac.
1 a 15 dias	18,8	18,8	2,1	2,1	35,9	35,9	26,6	26,6
16 a 30 dias	31,3	50,1	12,8	14,9	29,7	65,6	51,1	77,7
31 a 60 dias	18,8	68,9	8,5	23,4	17,2	82,8	3,2	80,9
61 a 90 dias	7,8	76,7	7,4	30,8	-	-	2,1	83,0
90-120 dias	-	-	7,4	38,2	-	-	-	-
+ 120 dias	7,8	84,5	34,1	72,3	-	-	-	-
Não sabe	15,6	100,0	27,7	100,0	17,2	100,0	17,0	100,0
Total	100,0		100,0		100,0		100,0	

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

O acesso aos exames solicitados nos atendimentos pelas ESF é considerado difícil por grande parte das famílias entrevistadas. Somente em Vitória da Conquista (70%), Vitória (59%) e Aracaju (52%), mais da metade das famílias informa conseguir realizar todos os exames solicitados. Uma parte importante das famílias consegue realizar apenas alguns exames. Considerados também os usuários que conseguem realizar alguns exames, mais da metade o fazem em todos os municípios. Em Vitória da Conquista, Vitória, Goiânia, Aracaju e Palmas, 70% ou mais das famílias conseguem realizar parte ou todos os exames. Em Vitória da Conquista, a coleta para exames laboratoriais era realizada na própria unidade pela ESF, sendo o material recolhido pelo laboratório municipal, também responsável pelo retorno dos resultados.

A percepção dos ACS e auxiliares de enfermagem quanto ao acesso dos usuários aos exames é levemente mais positiva do que a das famílias. Perguntados quanto a sua concordância à assertiva "O PSF não garante a realização de exames quando necessários", cerca de 50% ou mais dos auxiliares de enfermagem (exceto Brasília, 47%) e dos ACS discordaram (exceto Manaus, 38%).

As avaliações dos médicos quanto ao acesso aos exames são mais positivas do que a dos auxiliares de enfermagem e ACS, em quatro dos seis casos analisados no quadro a seguir. Mais da metade dos médicos informou conseguir agendar sempre ou na maioria das vezes serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, destacando-se Camaragibe (86%) e Aracaju (67%).

Quanto ao tempo de espera, observou-se menores tempos de espera para realização de exames do que para consultas, com variação importante entre municípios, na proporção dos profissionais de nível superior que informaram tempo médio de espera de até 15 dias para o paciente referenciado realizar exames. Camaragibe (68%), Vitória (58%) e Aracaju (56%) apresentaram maior facilidade e Palmas, a maior dificuldade, tendo apenas 13% dos profissionais informado tempo de espera igual ou inferior a 15 dias para realização de exames.

Quadro 44: Acesso aos exames das famílias adscritas ao PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Famílias que realizam os exames		Discordam: *não garante a realização de exames*		Médicos que conseguem agendar em SADT[1]	Tempo de espera até 15 dias[2]
	Todos	Alguns	Aux. enf.	ACS		
	31,7	32,7	75,9	68,8	86,4	67,9
Palmas	48,6	25,1	74,1	49,7	41,7	13,4
Vitória da Conquista	69,9	23,3	...	...	...	...
Vitória	59,2	21,9	65,8	49,5	51,7	58,7
Aracaju	51,7	22,9	61,3	62,5	66,7	56,4
Goiânia	30,8	50,0	...	...	...	...
Manaus	40,4	13,8	50,8	37,5	64,3	36,4
Brasília	35,4	24,1	46,6	51,2	63,0	32,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] Informaram conseguir agendar sempre ou na maioria das vezes.
[2] Percentual do conjunto de profissionais de nível superior.

A maior dificuldade de agendamento assinalada pelos médicos, além dos ambulatórios de alta complexidade, referiu-se às internações. Na avaliação de mais da metade dos médicos, os agendamentos para esses serviços poucas vezes ou nunca foram conseguidos. Somente em Palmas (79%) e Aracaju (55%), mais da metade dos médicos informaram conseguir agendar internações sempre ou na maioria das vezes. Os resultados para maternidade são mais positivos. Mais da metade dos médicos, em todos os municípios, informou conseguir agendar maternidade sempre ou na maioria das vezes, com melhores resultados em Palmas (83%) e Aracaju (70%). Elevadas proporções de profissionais de nível superior, em todos os municípios, não souberam avaliar o tempo de espera para o paciente referenciado ser internado, indicando não ser essa uma atribuição ou atividade exercida com freqüência por esses profissionais. A maioria dos profissionais, em cinco dos oito municípios estudados, não soube avaliar o tempo de espera para internações.

As avaliações quanto à garantia de internação para os usuários do PSF foram mais positivas entre auxiliares de enfermagem e ACS. Entre os auxiliares de enfermagem, cerca de 60% ou mais discordaram que o PSF não garante internação quando necessário, em Goiânia (68%), Aracaju (68%), Vitória da Conquista (65%) e Palmas (59%). Entre os ACS, essas proporções foram levemente inferiores, variando entre 68%, em Aracaju, e 36%, em Vitória.

Quadro 45: **Acesso à internação hospitalar das famílias adscritas ao PSF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Discordam: *não garante internação*		Médicos que conseguem agendar [1]		Tempo de espera [2]	
	Aux. Enf.	ACS	Internação	Maternidade	1 a 2 dias	Não sabe
Camaragibe	48,3	40,9	22,7	54,5	30,2	50,9
Palmas	59,3	57,0	79,2	83,3	61,6	32,7
Vitória da Conquista	65,0	53,0	...	...	[3] 48,4	46,9
Vitória	40,8	35,6	45,2	58,0	30,2	55,5
Aracaju	67,7	67,7	54,5	69,7	35,1	51,1
Goiânia	68,4	65,3	...	...	[3] 73,4	25,5
Manaus	42,4	41,0	39,3	64,3	14,3	66,1
Brasília	37,1	40,1	48,2	66,7	17,5	66,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] Informaram conseguir agendar sempre ou na maioria das vezes.
[2] Informação dos profissiona is de nível superior.
[3] Em Vitória da Conquista e Goiânia, utilizou-se o tempo mínimo de espera de até dois dias.

O acesso aos medicamentos é fator fundamental para dar resolutividade ao atendimento pela ESF. Observou-se importante dificuldade na obtenção de medicamentos pelos usuários. Baixa proporção de famílias usuárias recebiam geralmente todos os medicamentos, quando atendidas pela ESF, variando entre 40%, em Vitória da Conquista, a melhor situação, e 10%, em Goiânia, a mais baixa proporção.

Consideradas também as famílias que conseguem alguns medicamentos, cerca de 70% ou mais (exceto Goiânia) informam que recebem medicamentos quando atendidas nas USF.

As avaliações dos ACS e auxiliares de enfermagem quanto ao acesso dos usuários aos medicamentos foram mais positivas do que as das famílias. As avaliações dos auxiliares de enfermagem foram mais positivas do que as dos ACS. Os melhores resultados foram observados em Vitória da Conquista (80% e 71%), Aracaju (68% e 65%), Vitória (65% e 55%) e Manaus (63% e 58%), onde mais da metade dos auxiliares de enfermagem e dos ACS discordaram de o PSF não fornece medicamentos da farmácia básica de forma suficiente. A oferta de medicamentos foi considerada problemática pelos ACS e auxiliares de enfermagem em Goiânia, Palmas, Camaragibe e Brasília, onde a maioria concordou que o PSF não fornece medicamentos da farmácia básica de forma suficiente.

Quadro 46: **Acesso aos medicamentos das famílias adscritas ao PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Famílias que conseguem medicamentos		Profissionais discordam: *não fornece medicamentos da farmácia básica suficientes*	
	Todos	Alguns	Aux. enf.	ACS
Camaragibe	25,7	60,4	37,9	26,3
Palmas	13,4	60,2	22,2	19,6
Vitória da Conquista	39,7	53,4	80,0	71,4
Vitória	31,8	54,9	64,5	54,9
Aracaju	27,5	49,5	67,7	65,3
Goiânia	9,6	50,0	21,1	19,2
Manaus	37,2	51,4	62,7	57,9
Brasília	21,1	48,5	38,0	30,4

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Mecanismos de referência e contra-referência

A integração da USF aos demais níveis de complexidade é possibilitada pela criação de mecanismos de referência e contra-referência, entre os quais, centrais de regulação de internações e centrais de marcação de consultas especializadas e/ou exames, com o estabelecimento de cotas físicas ou financeiras por unidades de saúde ou por população/territórios de adscrição. A informatização de unidades, sua conexão com as centrais e a criação de formulários específicos para a referência e contra-referência facilitam o estabelecimento de fluxos entre serviços e profissionais dos distintos níveis de complexidade.

Na maior parte dos municípios estudados, havia alguma forma de regulação para estabelecimento de referência e, em alguns deles, estavam estruturadas centrais de marcação de consultas especializadas, sendo sua existência confirmada pelo uso das mesmas pelos profissionais das ESF para encaminhamentos de pacientes para consultas especializadas.[30] Em Aracaju, 90% dos profissionais e, em Vitória, 82% informaram utilizar a central de consultas para encaminhamentos. Em Vitória da Conquista e Goiânia, mais de 85% dos profissionais de nível superior das ESF reconheceram a existência das centrais.[31] Centrais de internação gerenciadas pela SMS funcionavam apenas em Vitória da Conquista, Campinas e Goiânia. Em Vitória, havia central de regulação de internações gerenciada pela SES. Em Palmas (60%) e Camaragibe (54%), mais da metade dos profissionais de nível superior informaram utilizar cotas de consultas estabelecidas por ESF para realizar os encaminhamentos para consultas especializadas.

[30] A maior parte dos municípios estudados contava com setor de autorização para internação e para alguns exames de maior complexidade, em geral subordinados aos departamentos de controle e avaliação.

[31] Nessas cidades, o questionário dos profissionais foi diferente, não lhes sendo perguntado sobre o uso do mecanismo para os encaminhamentos.

Vitória da Conquista destacou-se na organização da rede assistencial no município. As unidades básicas (22 USF e 6 UBS) foram definidas como porta de entrada do sistema de saúde e o acesso ao atendimento especializado requeria encaminhamento do primeiro nível. Após atendimento na unidade básica, o usuário, em caso de necessidade, é referenciado formalmente para os outros níveis de complexidade por meio de dois mecanismos de referência: Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados e Central de Internações Hospitalares. Esses mecanismos eram utilizados para toda rede e foram criados no recente processo de reorganização da assistência à saúde no município. Desse modo, consultas e procedimentos especializados ambulatoriais eletivos eram agendados pela ESF junto à Central, que marcava para todos os serviços do SUS, tanto próprios (centro de atenção especializada recentemente criado) quanto contratados.

Para estabelecer a transferência de informação entre serviços especializados e rede básica, foi elaborado formulário de referência e contra-referência. O médico solicitante preenche o formulário, relatando o caso clínico, e o paciente leva o mesmo ao especialista. Todavia, o seu emprego para contra-referência, para a qual há campo específico no verso, é pouco freqüente, segundo os gestores locais.

Em Vitória da Conquista, com o intuito de racionalizar o uso dos serviços especializados e garantir atendimento à população adscrita a todas as ESF, cada ESF dispõe de uma cota mensal predefinida de exames especializados e de consultas para especialistas. Segundo os gestores, a definição de cotas para cada equipe do PSF garantiu melhor acesso, ao assegurar para todas as equipes a realização de determinado número de procedimentos – todas as equipes ofertam os mesmos serviços – ao mesmo tempo em que controlam o seu uso. Por sua vez, os encaminhamentos para internações eletivas, em Vitória da Conquista, passavam pela Central de Internações Hospitalares, também recentemente criada (2001), que monitora a ocupação de leitos por hospital e direciona os pacientes conforme a disponibilidade. Na maioria das vezes, o paciente é encaminhado para consulta especializada com cirurgião e, então, é marcada a internação por meio da Central de Internações.

Em Aracaju, encontrava-se em funcionamento uma Central de Marcação de Consultas e Exames subordinada à Secretaria Municipal de Saúde, criada a partir de Central Estadual existente na época da habilitação do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, em julho de 2001. A Central de Marcação funcionava por meio de um sistema informatizado e descentralizado, com computadores, ligados em rede, instalados nas unidades básicas, sendo o acesso feito on-line. Por meio da Central, são agendadas consultas em ambulatórios especializados e marcados exames de média e alta complexidade nos dois centros de especialidades municipalizados, com prestadores privados e na rede de serviços sob gestão estadual, por meio de cotas de atendimentos disponibilizadas para o município.[32] Mesmo com a central em funcionamento, havia dificuldades de acesso aos serviços de média complexidade, condicionadas pela insuficiência de oferta em certas especialidades e exames, e pela carência de pessoal com habilidade em informática. As vagas eram disponibilizadas na rede a cada cinco dias e eram logo preenchidas. Para obter-se vaga, freqüentemente, tornavam-se necessárias diversas tentativas em horários e dias diferentes. Não havia distribuição de cotas por unidades de saúde.

[32] Em março de 2002, a marcação on-line estava em funcionamento em 41 unidades de saúde, todavia, havia ainda insuficiência de pessoal treinado para sua operação.

Na ausência de Central de Internações, o acesso hospitalar para realização de cirurgias eletivas, em Aracaju, era regulado por perícia médica municipal, que avaliava o paciente e liberava o procedimento segundo risco, a partir de encaminhamento pelo especialista.

Em Campinas, município com importante rede assistencial estruturada, existia uma central de vagas para consultas especializadas não informatizada, que funcionava por telefone. Havia definição de cotas por distrito, proporcionais ao número de atendimentos na região, monitoradas pelos gerentes distritais, que também eram responsáveis pela distribuição das vagas entre as unidades de seu território. Marcação on-line estava sendo implantada em uma das regiões da cidade. A não informatização, segundo os gestores, implicava em perda elevada de cerca de 30% das consultas marcadas que não se realizavam em razão do não comparecimento dos pacientes. O acesso ao especialista era dependente do encaminhamento, pelo médico da unidade básica, realizado por meio de formulário específico.[33] A partir do monitoramento das filas, encaminhamentos indevidos foram identificados pelos gestores, o que gerou iniciativas de capacitação dos profissionais da rede básica e estratégias para aumentar a resolutividade da rede básica para alguns problemas mais comuns.[34] Em Campinas, havia também uma Central de Regulação de Internações e de Urgências Graves e, para cada distrito, fora definido um serviço de referência para pronto-socorro.

Em Vitória, o município dispunha de uma pequena estrutura de marcação de consultas, que recebia semanalmente os encaminhamentos das UBS e USF. Os encaminhamentos para consultas especializadas iniciavam com a solicitação do médico da ESF, por meio de guia de encaminhamento, e o agendamento da consulta pela própria USF. Em Vitória, a SES também gerenciava uma Central Metropolitana de marcação de consultas para média complexidade, que estabelecia cotas para a SMS e esta distribuía por unidades de saúde. Os serviços disponibilizados pela central estadual eram agendados uma vez ao mês. Existia ainda Central de Regulação de Internações ligada à SES. Dada a condição de gestão do município, a SMS de Vitória tinha sob sua responsabilidade apenas a rede básica. Para os gestores da SMS de Vitória, a condição de Gestão Plena da Atenção Básica dificultava o estabelecimento de fluxos de encaminhamento para a média e alta complexidade, serviços que permaneciam sob gestão estadual.

Em Brasília, a referência na rede assistencial era formalizada nas regionais de cada cidade-satélite, por meio de gerências de regulação, controle e avaliação, responsáveis pela marcação e distribuição de cotas de consultas. De modo geral, os ambulatórios de especialidades dos hospitais regionais disponibilizavam cotas mensais de consultas para os centros de saúde. Nos centros de saúde, elaborava-se lista de encaminhamentos por especialidade e as consultas eram agendadas conforme disponibilidade de vagas.[35] Os encaminhamentos para especialidades pelo médico do PSF seguiam o mesmo fluxo da rede de Atenção Básica e sofriam percalços adicionais devido às dificuldades de articulação do PSF à rede. Estava sendo programada a informatização da rede de serviços e das gerências de regulação.

[33] Os gestores relataram maior dificuldade de contra-referência pelos serviços privados.
[34] Como por exemplo, lombalgias encaminhadas ao ortopedista.
[35] Foram observadas longas listas, sendo, por vezes, chamados pacientes registrados há mais de um ano.

Quadro 47: Existência de mecanismos de referência e contra-referência e uso por ESF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Central de internações	Central consulta especializada		Cotas de consultas por ESF	
		Existência, gestor e informatização	Profis. NS utilizam (%)	Existência	Profis. NS utilizam (%)
Camaragibe	Não	SMS limitada[1]	39,6	Exames, consultas	60,4
Palmas	Não	Não	3,8	Exames, consultas	53,8
Vitória da Conquista	SMS	SMS	93,7[2]	Exames, consultas	...
Vitória	SES	SMS incipiente não informatizada, SES	82,5	Não	14,3
Aracaju	Não	SMS e SES USF on-line	89,4	Não	4,3
São Gonçalo	Não	Não	...	Exames	...
Campinas	SMS	SMS não informatizada	...	Consultas por distrito Exames espec.	...
Goiânia	SMS	SMS	86,2[2]	$ exames	...
Manaus	Não	Não	26,8	Não	7,1
Brasília	Não	Regionais não informatizada	50,0	Consultas	24,3

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] Formalizada apenas para saúde mental e gestação de alto risco.
[2] Profissionais de nível superior que informaram a existência de sistema de marcação de consultas.

A existência das centrais de marcação, contudo, não é suficiente para o funcionamento efetivo de um sistema de referência e contra-referência. Embora tenha sido verificada a existência de centrais de marcação em diversos municípios, somente em Vitória da Conquista, mais da metade dos profissionais de nível superior concordaram muito que "A ESF conta com sistema de referência e contra-referência que permite ampliar a confiança no trabalho e a resolutividade da rede básica."

A insuficiente realização da contra-referência foi dificuldade reiterada pelos gestores municipais do Sistema de Saúde na maior parte dos municípios estudados. Como se pode observar no quadro a seguir, mais de 30% dos profissionais de nível superior das ESF informaram nunca receber qualquer tipo de contra-referência em Palmas (44%), Brasília (39%) e Aracaju (32%).

Um grande desafio do PSF é melhorar a comunicação entre profissionais da Atenção Básica e especialistas, e também com os serviços de pronto-atendimento e emergência. São profissionais com experiências e formações distintas, exigindo-se a criação de estratégias de comunicação e ampliação de confiança também para que o especialista promova o retorno do paciente ao serviço de Atenção Básica.

A comunicação com troca de informações entre profissionais é essencial para que o generalista da ESF possa exercer sua função de coordenador dos cuidados ao paciente, o que promove melhora da qualidade assistencial. Segundo Starfield (2001:p. 233), a essência da coordenação é a disponibilidade de informação acerca dos problemas prévios, o que implica em prontuário de acompanhamento longitudinal (ao longo da vida) do paciente e no retorno do paciente ao generalista, após o encaminhamento para profissional especializado, para apoio na elucidação diagnóstica ou sobre a decisão e manejo terapêutico. Para existir coordenação deve, portanto, ocorrer a transferência de informações sobre os problemas de saúde dos pacientes e a atenção recebida pelos mesmos, de modo a assegurar uma seqüência ininterrupta de visitas, garantindo-se a continuidade do contato. A coordenação da atenção ao paciente pelo clínico geral proporciona melhor acompanhamento de pacientes, especialmente aqueles portadores de doenças crônicas ou morbidade múltipla, para o qual os sistemas de atenção à saúde, em geral, inclusive em outros países, estão ainda pouco preparados. [36]

Em algumas das cidades estudadas, os gestores iniciavam a construção de estratégias para melhorar a contra-referência. Uma das medidas foi a criação de estruturas gerenciais regionalizadas, instituindo territórios, a partir de critérios geográficos e administrativos, responsáveis pela integração dos serviços e dos equipamentos coletivos em cada área (Campinas, Camaragibe e Aracaju). Nesses casos, a melhora dos fluxos de referência e contra-referência das ações de saúde poderia ser propiciada por meio de comunicação sistemática entre serviços, mediada pela gerência territorial, e a definição de serviços específicos de referência para as unidades básicas de cada território, ou mesmo de profissionais de referência para as ESF. Outras iniciativas buscavam ampliar a comunicação entre especialistas e médicos do PSF por meio de estratégias de aproximação, com a participação dos especialistas na supervisão clínica e/ou na discussão de temas clínicos com as ESF (Camaragibe), bem como a realização de atividades de capacitação pelos especialistas dos Centros de Referência (Vitória da Conquista). Ainda outro mecanismo de regulação da atenção à saúde, que pode contribuir para a garantia de retorno do paciente para continuidade do cuidado na Atenção Básica, é a definição de protocolos clínicos com o estabelecimento de fluxos para encaminhamentos aos especialistas e retornos, bem como para a solicitação de determinados procedimentos diagnósticos pelos profissionais da rede básica (em elaboração em Aracaju).[37]

[36] A ausência de um profissional ou serviço que coordene a atenção do doente crônico e garanta atenção integrada não é um problema apenas do sistema público. É problema evidenciado também na assistência obtida por meio de seguros de saúde.

[37] Outra estratégia seria o atendimento, pelo mesmo especialista, alguns dias da semana, na própria USF (Campinas).

Quadro 48: Sistema de referência e contra-referência segundo os profissionais de nível superior das ESF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Profissionais NS: *nunca recebem contra-referência*	Concordam muito: *ESF conta com um sistema de referência e contra-referência*	
		Médicos	Prof. nível superior
Camaragibe	20,8	4,5	3,8
Palmas	44,2	12,5	11,5
Vitória da Conquista	...	...	54,7
Vitória	31,7	3,2	1,6
Aracaju	16,0	18,2	13,8
Goiânia	...	...	10,6
Manaus	17,9	3,6	12,5
Brasília	39,2	14,8	13,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Alimentação e utilização do Siab

A transferência de informações entre serviços sobre a situação de saúde da população adscrita e das atividades realizadas pela equipe de Saúde da Família pode também contribuir para a integração da rede de serviços. O Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), especialmente criado para o PSF, estava implantado em todos os municípios (exceto Campinas), contudo, observou-se alimentação irregular em alguns municípios, como se pode observar no quadro a seguir.[38]

Os gestores de grande parte dos municípios estudados informaram acompanhar os dados do Siab no nível central (Camaragibe, Palmas, Vitória, Brasília, Aracaju, Vitória da Conquista), utilizando-os para a avaliação da produtividade das ESF e, inclusive, para planejamento de ações locais. Todavia, em alguns casos, o manejo do Siab era apenas administrativo e os consolidados pouco utilizados, não orientando as práticas. Camaragibe destacou-se, no ano de 2001, por realização de trabalho sistemático de avaliação do desempenho das unidades e das equipes do PSF com base em informações oriundas do Siab. A partir de médias observadas no município, tomadas como parâmetros, eram mapeadas as áreas em que seria necessário melhorar os indicadores de saúde e rever as práticas das equipes.

Coordenadores do PSF informaram dificuldades técnicas para a alimentação do sistema na coleta e no preenchimento, feitos de modo principal pelos ACS, em grande parte com baixa escolaridade, além de falta de equipamento de informática. Alguns gestores consideraram que o preenchimento do Siab exige muito tempo de trabalho das ESF, e suas informações são pouco utilizadas, seja por problemas do sistema, análise insuficiente, seja dificuldades na interpretação de dados, por inexperiência em trabalho orientado por avaliação.

[38] Os gestores informaram resistência da população para responder a cadastramentos repetidos e variados e atraso na atualização do cadastro de famílias (fichas A), sendo maior a dificuldade em áreas de expansão populacional, com constantes mudanças da população.

Foram apontados problemas do sistema de informação, como, por exemplo, o detalhamento insuficiente nos instrumentos de coleta para hospitalização (Camaragibe) e perfil epidemiológico (Manaus), reduzindo a possibilidade de planejamento local e a avaliação do desempenho das ESF.[39] O sistema foi também considerado insuficiente para o conjunto de procedimentos realizados pelas unidades de saúde em grandes centros urbanos que comportam maior variedade de procedimentos, como, por exemplo, serviços diagnósticos mais complexos, ocorrendo perda de informação. Gestores de Campinas informaram perda de informações (cerca de 30%) por excesso de instrumentos e de dados a coletar, e por excesso de trabalho dos profissionais. Para aprimorar o sistema, sugeriu-se a possibilidade de consolidar dados de pacientes e famílias, além de contabilizar procedimentos e patologias, bem como a inclusão de coleta de informações de imunização em menores de 5 anos e o acompanhamento vacinal de mulheres com dupla viral.

Uma crítica freqüente dos gestores foi a fragmentação dos sistemas de informação, com profusão de instrumentos de coleta de dados e dispersão da informação na ausência de comunicação entre os diversos sistemas.

Quadro 49: Preenchimento dos dados do Siab, nove grandes centros urbanos, Brasil, 1999-2001

Município	Relatório quantitativo de profissionais			Consolidado famílias cadastradas			Série histórica produção			Série histórica informações de saúde		
Anos	99	00	01	99	00	01	99	00	01	99	00	01
Camaragibe	X	X	X	X	X	X	I	I	X	I	I	X
Palmas	I	I	X	I	X	X	I	I	X	I	X	X
Vitória da Conquista	X	X	X	X	X	X	X	...	X	X	...	X
Vitória	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aracaju	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
São Gonçalo	-	-	X	-	-	I	-	-	I	-	-	I
Goiânia	X	X	X	I	X	X	I	X	X	I	X	...
Manaus	-	-	X	-	-	X	-	-	I	-	-	I
Brasília	-	X	X	-	X	X	-	X	X	-	X	X

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
Legenda (I): dados incompletos ou não preenchimento de todos os meses do ano; (-): o PSF ainda não estava implantado.

[39] Em algumas unidades, utilizava-se o Sigab considerado mais pormenorizado (Campinas, Manaus).

O treinamento dos profissionais das ESF para uso do Siab, em geral, foi elevado, evidenciando-se, contudo, insuficiência em algumas situações, principalmente entre auxiliares de enfermagem. A maioria de todos os profissionais integrantes das ESF, em Camaragibe, Palmas e Brasília, informou que suas ESF foram treinadas para coleta e análise dos dados do Siab. Os ACS foram os profissionais que mais consideraram que suas ESF foram treinadas, observando-se, em Brasília, Palmas, Vitória e Camaragibe, proporções superiores a 80%. Entre os profissionais de nível superior, mais de 60% afirmaram que suas ESF foram treinadas (exceto Vitória).

Perguntados sobre o uso que sua ESF faz dos dados do Siab, a maior parte dos profissionais de nível superior de Palmas (81%), Camaragibe (77%), Vitória (73%) e Brasília (62%) informou que analisa os dados para tomada de decisão. Nesses municípios, também cerca da metade ou mais dos ACS informou que a ESF analisa os dados para a tomada de decisão.

Os dados do Siab orientam ainda a realização da programação, segundo informado pela maioria dos profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde, em Camaragibe, Brasília, Palmas e Vitória.

Em todas as cidades, menos da metade dos auxiliares de enfermagem informaram que os dados do Siab são analisados para a tomada de decisão e, apenas em Palmas (66%) e Brasília (53%), mais da metade informou o uso dos dados do Siab para orientar a programação das equipes.

Quadro 50: Treinamento e utilização dos dados do Siab pelas ESF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Treinamento ESF			ESF analisa dados do Siab para tomada de decisão			Dados do SIAB orientam programação		
	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS
Camaragibe	73,6	(1)62,1	81,2	77,4	(1)37,9	48,9	79,2	65,5	66,7
Palmas	75,0	66,7	88,3	80,8	40,7	48,5	76,9	48,1	54,6
Vitória	42,2	56,6	85,1	73,0	(1)21,7	70,3	54,1	17,1	55,4
Aracaju	60,6	41,9	67,1	44,7	(1)19,4	44,9	46,2	22,6	28,4
Manaus	67,8	(1)37,3	(1)58,6	46,4	(1)13,6	(1)24,9	32,1	22,6	18,6
Brasília	87,8	82,8	89,6	62,2	45,7	31,3	65,8	53,3	61,7
Uso muito freqüente e freqüente de dados do Siab como instrumento facilitador para realização das atividades									
Vitória da Conquista	...	...	...	...	33,3	52,6	...	...	...
Goiânia	...	...	...	...	66,7	78,8	...	...	...

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
(1) 20% ou mais não responderam à pergunta.
(2) Percentual de ACS e auxiliares de enfermagem que informaram.

Reestruturação da rede de serviços de saúde

Eixo complementar à analise da integração do PSF à rede de serviços de saúde e que possibilita identificar outros aspectos da transformação do Sistema Municipal de Saúde. Para completar a avaliação da reestruturação da rede de serviços nos municípios, no quadro a seguir, são indicados a substituição total, parcial ou não das unidades básicas preexistentes, a existência ou não de adscrição de clientela no restante da rede básica não substituída e os investimentos nos demais níveis de complexidade e no restante da rede.

Observa-se que em diversos municípios ocorreu algum investimento nos demais níveis de complexidade, contudo, em diversas situações, mostraram-se insuficientes, permanecendo problemas de acesso aos demais níveis de complexidade. Principalmente em programas consolidados com alcance de cobertura elevada da população municipal, o investimento nos demais níveis de complexidade é fator crucial para garantir atenção integral.

Quadro 51: Substituição da rede básica por USF e organização da rede de serviços de saúde, PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Substituição das unidades básicas preexistentes	Adscrição clientela na rede básica restante	Investimentos nos demais níveis de complexidade
Camaragibe	Substituição total	-	Centro de Especialidades readequação dos leitos contratados
Palmas	Substituição total	-	Centros de Especialidades
Vitória da Conquista	Substituição parcial Convive SEM superposição	Parcial	Centro de Especialidades, Laboratório e Hospital, regulação hospitalar setor privado
Vitória	Substituição parcial Convive SEM superposição	Não	Centros de Especialidades
Aracaju	Substituição total em processo	-	Licitação para média complexidade
São Gonçalo	Substituição incipiente Convive COM superposição	Não	Não

continua...

...continuação

Município	Substituição das unidades básicas preexistentes	Adscrição clientela na rede básica restante	Investimentos nos demais níveis de complexidade
Campinas	Substituição parcial Convive SEM superposição	Sim	Gerencial, média complexidade Pronto-socorro municipal
Goiânia	Não substituiu Convive COM superposição	Não	Não
Manaus	Não substituiu Convive COM superposição	Não	Centros de Referência
Brasília	Não substituiu Convive COM superposição	Sim	Não

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Integralidade da atenção

Eixo que permite analisar a realização de atividades preventivas e assistenciais, o atendimento oportuno e o envolvimento da ESF em atividades intersetoriais sobre os condicionantes do estado de saúde da população. A integralidade da atenção depende das condições de acesso, cobertura assistencial, integração do PSF à rede e organização do trabalho das ESF, e incide na resolutividade dos problemas de saúde.

A garantia de atenção integral foi avaliada segundo o tipo de atividades realizadas, o tipo de demanda atendida, a realização de atividades extramuros por meio de visitas domiciliares e ações intersetoriais, analisando-se modalidades e participação da ESF.

Garantia de atenção integral segundo o tipo de atividades realizadas

Para avaliar a integralidade da atenção, por meio da realização, pelas ESF, de atividades de promoção, preventivas e curativas, foram selecionados indicadores de atividades educativas e de atividades assistenciais. Para indicar atividades de promoção e prevenção, foram selecionadas: as proporções de médicos e enfermeiros que informaram ter realizado, na semana anterior, atividades de educação e atividades de grupo. Como indicadores de atividades assistenciais, foram selecionados: a proporção de profissionais que realizaram, na semana anterior, consulta individual para população cadastrada e a proporção dos que realizaram consulta clínica individual para grupos prioritários.

Entre os médicos, observou-se baixa proporção de profissionais que informaram ter realizado atividades de educação em saúde na semana anterior à pesquisa, variando entre 53%, em Aracaju, e 22%, em Brasília. Entre as enfermeiras e enfermeiros, a proporção foi mais elevada, tendo cerca da metade ou mais dos profissionais realizado atividades de educação em todas as cidades estudadas, exceto Manaus (38%).

Atividades de grupo com pacientes em atendimento na USF, na semana anterior à pesquisa, foram freqüentes e realizadas por proporções semelhantes de médicos e enfermeiros. Entre os médicos, cerca de 40% ou mais realizaram atividades de grupo em Palmas, Camaragibe, Brasília, Manaus. Proporções similares foram observadas entre os enfermeiros de Aracaju, Brasília e Palmas. Em Vitória, foram verificadas as proporções mais baixas, 26% e 31%, respectivamente.

Entre as atividades selecionadas, as consultas individuais à população cadastrada foram aquelas realizadas com maior freqüência por médicos e enfermeiros. Cerca de 70% ou mais dos médicos (exceto Palmas) e dos enfermeiros (exceto Vitória e Manaus) prestaram consultas individuais à população cadastrada na semana anterior.

Na semana anterior à pesquisa, os médicos das ESF desenvolveram com maior freqüência consultas para a população cadastrada do que para grupos prioritários. Consultas individuais aos grupos prioritários foram realizadas com maior freqüência pelos enfermeiros. Em Palmas, Vitória e Aracaju, mais da metade desses profissionais realizou consultas, e, entre os médicos, um terço ou mais prestou consultas individuais a grupos prioritários (exceto Brasília) na última semana.

Quadro 52: Integralidade da atenção: atividades de educação em saúde e assistenciais realizadas por médicos e enfermeiros das ESF na semana anterior à pesquisa, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Educação em saúde				Atividades assistenciais			
	Atividades de educação em saúde		Atividades de grupo		Consulta indiv. pop. cadastrada		Consulta indiv. Grupos priorit.	
	Médico	Enferm.	Médico	Enferm.	Médico	Enferm.	Médico	Enferm.
Camaragibe	22,7	48,1	45,5	37,0	90,9	88,9	36,4	33,3
Palmas	29,2	67,9	54,2	39,3	54,2	75,0	33,3	53,6
Vitória	22,6	65,6	25,8	31,3	77,4	46,9	32,3	50,0
Aracaju	53,3	47,1	36,4	47,1	69,7	76,5	42,4	50,0
Manaus	25,0	38,1	39,3	38,1	67,9	57,1	42,9	33,3
Brasília	22,2	55,6	40,7	44,4	92,6	92,6	29,6	33,3

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Garantia de atenção integral segundo o tipo de demanda atendida

A garantia de atenção integral implica, além de prioridade a grupos e realização de atividades de promoção e prevenção, prestar atendimento oportuno no momento de mal-estar ou adoecimento. Demanda espontânea é entendida aqui como procura de atendimento para casos agudos por qualquer morador da área, pertencente ou não aos grupos prioritários. Articular a demanda espontânea com a oferta programada é condição para a garantia de atenção integral e para a USF se constituir, efetivamente, na porta de entrada do Sistema de Saúde.

A grande maioria dos profissionais de nível superior nos grandes centros estudados informou realizar atendimentos à demanda espontânea. Em Vitória (73%), Aracaju (50%) e Palmas (50%), observaram-se as maiores proporções de profissionais de nível superior que informaram ter realizado atendimentos à demanda espontânea na semana anterior. Nas outras cidades, poucos profissionais informaram ter realizado atendimento à demanda espontânea na semana anterior, embora elevadas proporções tenham realizado consultas individuais à população cadastrada, conforme analisado anteriormente.

Perguntados se o PSF atende apenas com agendamento prévio, a maioria dos auxiliares de enfermagem (exceto Manaus) e dos ACS (exceto Manaus e Camaragibe) discordaram da assertiva, indicando o atendimento de demanda espontânea pelas ESF. Contudo, proporções inferiores de profissionais de nível médio das ESF concordaram muito que o PSF cumpre, na prática, funções de pronto atendimento.

Em Aracaju e Brasília, observaram-se as mais elevadas proporções de profissionais de nível médio que percebem que suas ESF atendem a demanda espontânea. Manaus apresentou as mais baixas proporções, indicando o atendimento apenas de demanda programada.

Em Manaus, as USF não atendem diretamente a demanda espontânea. A demanda da USF é organizada pelos ACS, que agendam as consultas médicas nos programas prioritários para a ESF e canalizam, para outros serviços de saúde, as demandas por atendimentos não previstos nas USF, evitando, assim, a pressão de pacientes na unidade de saúde do PMF/PSF. Não existiam, portanto, filas, pois não havia procura direta para atendimentos de casos agudos na USF. O não atendimento à demanda espontânea sob o argumento de que o trabalho seria preventivo e não curativo, assim como a não realização de qualquer intervenção pelas ESF, em casos de acidentes, provocou a resistência dos profissionais da rede em Manaus, que se ressentiam do aumento da demanda provocada pelo PMF/PSF.

Em Aracaju, a estratégia pretendida para articular o atendimento da demanda espontânea à demanda programada foi a implantação de uma rotina de acolhimento dos usuários nas USF, com rodízio entre os profissionais de nível superior das equipes para essa tarefa. A cada dia, um profissional (em geral a enfermeira) de uma das ESF da unidade fica responsável pela recepção dos pacientes. O acolhimento, segundo gestores municipais, é um "dispositivo de escuta qualificada" e tem como objetivos a garantia do acesso e a regulação da demanda. Nessa estratégia, "o critério de risco e a queixa aguda são elementos definidores das necessidades". Em Aracaju, médicos, enfermeiros e odontólogos não integrantes da ESF – denominados de profissionais de apoio – dão suporte para o acolhimento e realizam ações individuais, atendendo a demanda espontânea.

Quadro 53: **Indicadores selecionados de atendimento da demanda espontânea (%), seis grandes centros urbanos, PSF, Brasil, 2002**

Município	Atendimento demanda espontânea por profissionais NS		Discordam *PSF atende apenas com agendamento prévio*		Concordam muito *PSF cumpre, na prática, funções de pronto-atendimento*	
	Realizam	Semana anterior	Aux. Enfermagem	ACS	Aux. Enfermagem	ACS
Camaragibe	77,4	17,0	58,6	44,1	34,5	30,6
Palmas	88,5	50,0	63,0	61,3	14,8	22,7
Vitória	100,0	73,0	67,1	54,4	28,9	24,8
Aracaju	92,6	50,0	58,1	68,7	77,4	38,1
Manaus	76,8	33,9	37,3	24,1	20,3	18,0
Brasília	73,0	29,7	71,4	53,9	38,9	41,7

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Atividades extramuros

As atividades extramuros aqui selecionadas foram a visita domiciliar, que pode ser uma atividade assistencial ou de promoção da saúde, para os profissionais de nível superior, e a reunião com a comunidade, entendida como componente importante do trabalho das ESF, voltado para a promoção da saúde. Observou-se maior proporção de profissionais que realizaram visita domiciliar do que reunião com a comunidade, indicando que a visita domiciliar foi incorporada à rotina dos profissionais.

A quase totalidade dos profissionais de nível superior dos grandes centros urbanos estudados (exceto Manaus, 91%) informou realizar visita domiciliar. Na semana anterior, esses mesmos profissionais realizaram visita domiciliar em proporções também elevadas, que variaram entre 96%, em Camaragibe, e 71%, em Aracaju.

A maioria dos profissionais de nível superior realiza reuniões com a comunidade, sendo maior a proporção de profissionais que informaram realizar a atividade nos municípios de Camaragibe (91%), Aracaju (81%) e Palmas (79%). Todavia, na semana anterior à pesquisa, poucos profissionais haviam se reunido com a comunidade. Os profissionais de Aracaju (12%), Manaus (11%) e Brasília (15%) realizaram, em proporção mais elevada, reunião com a comunidade. A proporção mais baixa para a semana anterior ocorreu em Vitória (6%).

Quadro 54: **Atividades extramuros realizadas por profissionais de nível superior das ESF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Visita Domiciliar		Reunião com a comunidade	
	Realizam	Semana anterior	Realizam	Semana anterior
Camaragibe	100,0	96,2	90,6	9,4
Palmas	100,0	94,2	78,8	9,6
Vitória	100,0	77,8	73,0	6,3
Aracaju	98,9	71,3	80,9	11,7
Manaus	91,1	82,1	66,1	10,7
Brasília	98,6	87,8	73,0	14,9

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

As atividades extramuros, realizadas por auxiliares de enfermagem e ACS, apresentadas no quadro a seguir, expressam uma relação entre atividades assistenciais e atividades promocionais junto à comunidade, componentes do novo perfil de atenção. As atividades de campo na comunidade tiveram grande adesão no conjunto de profissionais. Constatou-se que as visitas domiciliares foram realizadas em elevadas proporções, por ambos os profissionais da ESF, na semana anterior à pesquisa.

Trabalho de campo com o desenvolvimento de atividades dos auxiliares de enfermagem dirigidas para a comunidade, na semana anterior, apresentaram proporções mais elevadas em Palmas (74%), Manaus (59%) e Camaragibe (52%). Para os ACS, os municípios que apresentaram maiores proporções de atividades dirigidas para a comunidade foram Palmas (87%), Camaragibe (74%) e Brasília (69%).

Elevada proporção de auxiliares de enfermagem, em todos os grandes centros urbanos, informaram realizar visitas domiciliares. Os menores índices se apresentaram em Vitória (92%) e Camaragibe (93%). Contudo, menores proporções de auxiliares de enfermagem, na semana anterior à pesquisa, indicaram ter realizado visitas domiciliares. Maiores proporções de auxiliares de enfermagem, acima de 69%, realizaram visitas em Palmas, Brasília e Manaus.

A grande maioria dos ACS, dos casos estudados, declarou realizar visitas domiciliares e as realizaram na semana anterior à pesquisa. As proporções desses profissionais que realizaram visitas na semana anterior foram maiores em Vitória (98%), Camaragibe (96%) e Palmas (96%).

Somente 80% dos ACS de Camaragibe e Brasília informaram realizar visita domiciliar, no mínimo mensal, a cada família. Essa proporção é mais elevada em outros municípios, e os resultados indicaram que Palmas (98%) está mais próximo de atingir essa meta.

Camaragibe foi, dos municípios estudados, o que apresentou uma média de famílias por ESF muito elevada, maior do que 1.000, e, mesmo tendo também um número elevado de ACS por ESF, o elevado número de famílias adscritas dificulta muito o cumprimento dessa diretriz do PSF.

Quadro 55: **Atividades extramuros realizadas por auxiliares de enfermagem e ACS das ESF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Dirigidas a comunidade na semana anterior		Visitas domiciliares				
	AE	ACS	AE realizam	AE semana anterior	ACS realizam	ACS semana anterior	ACS visita domiciliar no mínimo mensal
Camaragibe	51,7	68,8	93,1	58,6	99,5	95,7	79,6
Palmas	74,1	86,5	96,3	88,9	99,4	95,7	98,2
Vitória	30,3	56,9	92,1	53,9	99,5	98,0	86,1
Aracaju	35,5	55,1	100,0	58,1	99,4	87,5	94,3
Manaus	59,3	60,2	91,5	69,5	91,6	89,7	91,6
Brasília	49,5	73,9	95,2	74,3	98,3	92,2	80,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Ações intersetoriais – existência e modalidades, participação da ESF

A atuação intersetorial, com realização de atividades extra-setoriais pelos integrantes da ESF, é importante indicador da prioridade para atividades de promoção da saúde. A intersetorialidade foi investigada considerando-se a realização de atividades junto a outros órgãos de políticas públicas, pelos profissionais integrantes das ESF, a percepção dos profissionais e a avaliação das famílias quanto ao conhecimento da ESF sobre os problemas de saúde da comunidade.

Mais da metade dos profissionais de nível superior dos grandes centros urbanos afirmou que "as ESF desenvolvem atividades fora do setor para resolver os problemas da comunidade", exceto em Aracaju e Manaus. A atuação intersetorial precisaria ser mais estimulada em Aracaju, onde houve a mais baixa proporção de profissionais que realizam atividades fora do setor (36%), assim como foi baixa a proporção dos que indicaram realizar contato com outros órgãos governamentais e entidades (29%). Na semana anterior, nenhum profissional tinha contatado outros órgãos governamentais e entidades para resolver problemas da comunidade.

Baixa proporção de profissionais de nível superior informou que as ESF realizam contatos com outros órgãos governamentais e entidades, e raros profissionais haviam realizado esse tipo de atividade na semana anterior.[40]

Palmas foi o município que apresentou melhor envolvimento dos profissionais de nível superior quanto à realização de atividades intersetoriais, sendo que 42% contatavam outros órgãos para resolver problemas da comunidade e, na semana anterior, essa atividade foi realizada por 9,6% dos profissionais de nível superior.

[40] É necessário observar que, para apreender esse tipo de atividade, o prazo de uma semana é muito curto.

Quadro 56: **Atuação intersetorial dos profissionais de nível superior das ESF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Afirmam: *a ESF desenvolve atividades fora do setor Saúde voltadas para a solução dos problemas da comunidade*	*ESF realizam contatos com outros órgãos governamentais e entidades*	
		Realizam	Semana anterior
	54,7	22,6	1,9
Palmas	53,9	42,3	9,6
Vitória	57,1	23,8	4,8
Aracaju	36,2	28,7	0,0
Manaus	44,6	19,6	5,4
Brasília	55,4	29,7	4,1

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

A maioria dos ACS informou ter participado, nos seis meses anteriores à pesquisa, de atividades para a solução/encaminhamento de problemas de sua comunidade junto a outros órgãos públicos ou entidades da sociedade nas cidades estudadas (exceto Aracaju, 40%). As participações dos ACS mais elevadas foram observadas em Palmas (82%), Vitória (78%) e Camaragibe (61%).

A participação dos auxiliares de enfermagem nas ações intersetoriais ocorreu, em geral, em proporção menor do que entre os ACS, destacando-se Palmas (56%), Manaus (56%) e Camaragibe (52%).

As atividades intersetoriais realizadas foram principalmente para a solução de problemas de lixo, mencionados por 71% dos ACS, em Palmas, e 49%, em Camaragibe, e de problemas de escola/educação referidos por 50% dos ACS, em Vitória, e 45%, em Camaragibe. Outras atividades, junto a outros órgãos, mencionadas foram para a solução de problemas de abastecimento de água (entre 7% e 24%) e problemas de esgoto (entre 10% e 29%).

Quadro 57: Atuação intersetorial de auxiliares de enfermagem e ACS nos seis meses anteriores à pesquisa, PSF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Indicadores (%)	Camaragibe	Palmas	Vitória	Aracaju	Manaus	Brasília
Auxiliares de enfermagem participaram	51,7	55,6	15,8	29,0	55,9	43,8
ACS participaram	60,7	81,6	78,3	40,3	54,4	59,1
ACS participaram na solução de problema de coleta de lixo	48,9	71,2	34,7	18,2	37,2	19,1
ACS participaram na solução de problema de abastecimento de água	24,2	7,4	17,3	20,5	20,7	14,8
ACS participaram na solução de problema de esgoto	28,5	11,0	22,8	12,5	25,7	10,4
ACS participaram na solução de problema de educação	45,2	29,4	49,5	23,3	26,4	32,2

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Embora a participação dos profissionais de nível superior em atividades extrasetoriais não tenha sido elevada, a maioria dos profissionais de nível superior (67% e mais) afirmou que a ESF para resolução dos problemas da comunidade deve relacionar-se com outros órgãos de políticas públicas, ONG e organizações da sociedade civil. Coerente com a baixa participação informada, cerca de um terço ou menos desses profissionais considerou muito satisfatória a articulação da ESF com outros setores sociais atuantes na área para o enfrentamento dos problemas identificados.

Os ACS, por conta de sua atuação, têm percepções mais positivas quanto à ação intersetorial das ESF. Aracaju (72%), Goiânia (70%) e Palmas (68%) apresentaram as maiores proporções de ACS que concordaram muito com a afirmativa: o PSF favorece a ação intersetorial no município. Todavia, em Brasília e Manaus, menos da metade dos ACS percebiam a atuação intersetorial das ESF como positiva.

Entre os auxiliares de enfermagem, também foram observadas elevadas proporções que concordaram muito que o PSF favorece a ação intersetorial no município.

Quadro 58: **Percepção da intersetorialidade por profissionais das ESF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Indicadores (%)	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
Profissionais NS consideram muito satisfatória a articulação com outros setores sociais atuantes na área para o enfrentamento dos problemas identificados *	34,0	36,5	37,5	19,0	19,2	36,2	26,8	39,2
Profissionais NS afirmam para resolução dos problemas da comunidade a ESF deve relacionar-se com outros órgãos de políticas públicas, ONG e org. da sociedade civil	92,5	80,8	...	84,1	76,7	...	67,8	78,4
ACS concordam muito: PSF favorece a ação intersetorial no município*	72,0	67,5	59,4	52,5	48,9	70,2	44,8	32,2
Auxiliares de enfermagem concordam muito: PSF favorece a ação intersetorial no município	58,6	55,6	81,6	39,5	61,2	82,5	49,2	57,1

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Em Vitória da Conquista e Goiânia, foram somadas as duas respostas de concordância.

Os profissionais de nível superior das ESF, em sua maioria (70% e mais), consideraram muito satisfatória a capacidade das ESF conhecer os principais problemas de saúde da população. Avaliação em geral corroborada pela opinião das famílias, que em sua maioria considerou melhor a ESF do que os profissionais das UBS prévias no conhecimento dos problemas da comunidade (exceto Goiânia).

Quadro 59: **Percepção dos profissionais de nível superior e avaliação das famílias sobre conhecimento dos problemas da comunidade (%), PSF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Indicadores	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
Profissionais NS consideram muito satisfatória: capacidade de conhecerosprincipaisproblemas de saúde da população	96,2	96,2	95,3	81,0	71,3	95,7	91,1	82,4
Famílias consideram melhor a ESF do que as UBS: conhecimento dos problemas da comunidade	84,6	57,1	(1)100,0	55,3	81,0	45,4	67,2	61,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz
Obs.: Em Vitória da Conquista, apenas quatro famílias puderam fazer a comparação.

Trabalho em equipe dos profissionais de saúde

Eixo que permite analisar as principais características das ESF e dos seus integrantes e suas motivações; as modalidades de seleção e contratação na gestão de recursos humanos do PSF; a capacitação profissional; os aspectos da organização do trabalho em equipe e das condições de trabalho oferecidas pela gestão municipal. Resulta principalmente da análise quantitativa dos dados obtidos com a aplicação de questionários fechados, autopreenchidos pelos profissionais das ESF, cotejados com a percepção dos gestores sobre a gestão da estratégia de Saúde da Família. Esses aspectos foram selecionados por sua forte influência no desenvolvimento das práticas assistenciais das ESF e no estabelecimento de vínculos com a população sob sua responsabilidade.

Inicialmente, são apresentados os universos de integrantes das ESF pesquisadas por categoria profissional, para, em seguida, avaliar o trabalho em equipe por meio da análise da composição das ESF, do perfil dos integrantes das ESF pesquisadas – incluindo sexo e idade, escolaridade de auxiliares de enfermagem e ACS, escolaridade e experiência anterior de profissionais de nível superior –, dos motivos da escolha pelo trabalho no PSF, assim como da descrição dos mecanismos de seleção e modalidades de contratação e remuneração, concluindo o exame por meio da análise de percepções dos profissionais sobre o trabalho em equipe e as condições para sua realização, com avaliação das famílias sobre a USF em comparação com a UBS, previamente utilizada.

Integrantes das ESF pesquisadas por categoria profissional

O trabalho de campo junto aos integrantes das ESF foi bem-sucedido em todos os grandes centros estudados, realizando-se um censo dos profissionais integrantes da ESF, em cinco dos municípios, e uma amostra aleatória, em três dos casos. A perda nos casos em que se realizou censo oscilou entre 9% e 14% e se deveu, principalmente, à ocorrência de um número significativo de profissionais afastados temporariamente do trabalho por motivos formais, ou de presença de profissionais admitidos a menos de seis meses do início da investigação, condição que não os credenciava ao estudo. Nos casos em que se necessitou realizar amostras, Aracaju apresentou uma perda de 9%, Manaus teve perda de 17% e Brasília de 18% dos profissionais da amostra. Nesses casos, observou-se como principal razão de perda a recusa, seguida de profissionais contratados nos últimos seis meses.

Quadro 60: Número de profissionais pesquisados por categoria, PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Médico		Enfermeiro		Odontólogo		Aux. Enfermagem		ACS		Total	
	N	N1	N	N1	N	N1	N	N1	N	N1	N	N1
Camaragibe	27	22	31	27	4	4	32	29	204	186	298	268
Palmas	30	24	30	28	-	-	30	27	305	163	269	242
Vitória da Conquista	30	24	29	25	16	15	67	60	250	234	392	358
Vitória	45	31	36	32	-	-	90	76	225	202	396	341
Aracaju	38	33	38	34	28	27	38	31	188	176	330	301
Goiânia	63	45	55	49	-	-	63	57	280	245	461	396
Manaus	44	28	32	21	11	7	77	59	287	261	451	376
Brasília	35	27	34	27	26	20	126	105	137	115	358	294

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Em Aracaju, Manaus e Brasília, foram definidas amostras aleatórias simples.
N - número de profissionais que integravam a amostra ou censo.
N1 - número de profissionais que efetivamente responderam.

Composição das ESF

Nos casos estudados, a composição das equipes de Saúde da Família apontou para a multiprofissionalidade, como preconizado pelo modelo desenhado pelo Ministério da Saúde. Compunham essas equipes médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de se evidenciar que a saúde bucal foi contemplada em seis dos dez municípios estudados. Foram exceções na implantação de equipes de saúde bucal os municípios de Goiânia, Vitória, São Gonçalo e Manaus, onde foram parcialmente implantadas.

Em três casos – Vitória, Aracaju e Campinas – observou-se que a ESF padrão contou com apoio de outros profissionais no âmbito distrital ou territorial. Embora tal apoio não seguisse um padrão único, nem incorporasse as mesmas categorias profissionais, foi definido, pelos gestores municipais, tendo em vista o desenvolvimento da prática de acolhimento do conjunto das demandas das famílias usuárias, buscando equacionar a mudança implementada quanto ao atendimento da demanda espontânea para demanda programada. Percebeu-se, especialmente, em Campinas e Vitória, a preocupação em enfrentar o processo de especialização na área de Saúde, sem desmontar os esforços precedentes de organização de um trabalho coletivo no campo da assistência, que, segundo Peduzzi (2001), implica em articular ações e saberes.

Embora, em Vitória, esse conceito seja explicitado, foi nos outros dois municípios que se observou um esforço em definir o acolhimento no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.

> Acolhimento é você garantir acesso, escuta, acolher (...) Queremos reorganizar o serviço a partir do acolhimento (...) A demanda espontânea é articulada para dentro da unidade através do acolhimento. Todos que chegam são escutados e a partir daí encaminhados para um serviço, dependendo da necessidade (CSF – Aracaju/SE).

> ... Uma das diretrizes é o acolhimento, o acolhimento para nós tem dois sentidos: um é humanizar e receber bem, o outro é assumir as intercorrências (SMS – Campinas/SP).

> Acolhimento é fazer uma avaliação do risco, dependendo do risco se desencadeia uma consulta médica, uma consulta de enfermagem, a necessidade de um atendimento domiciliar, uma interface com a saúde mental (CSF – Campinas/SP).

Quadro 61: Composição das Equipes de Saúde da Família, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	ESF		
	Padrão	Saúde bucal	Apoio
Camaragibe	X	X	
Palmas	X	X	
Vitória da Conquista	X	X	
Vitória	X	Não	Assistente social, dentista, psicólogo
Aracaju	X	X	Assistente social, especialista em clínicas básicas
São Gonçalo	X	Não	
Campinas	X	X	Especialista em clínicas básicas
Goiânia	X	Não	
Manaus	X	Parcial	
Brasília	X	X	

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Perfil dos integrantes das ESF pesquisadas

O perfil dos profissionais das ESF, quanto ao sexo, é preponderantemente feminino, o que é mais evidente entre as categorias de nível médio e elementar. Entre os profissionais de nível superior, embora também predominem as mulheres, há maior presença masculina, destacando-se os municípios de Palmas, Manaus e Brasília.

O perfil etário dos profissionais foi construído com o destaque para duas faixas etárias – até 30 anos, que reflete a juventude das equipes, e acima de 45 anos, que caracteriza a "senhoridade" das mesmas. Entre os ACS predomina a juventude, especialmente em Aracaju e Palmas, onde mais de 60% tem até 30 anos. Goiânia apresentou o menor percentual de ACS (38%) nessa faixa etária.

Observou-se que os municípios de Manaus e Vitória da Conquista têm equipes muito jovens, evidenciadas por percentuais acima de 45% de profissionais de nível superior e de ACS com idade até 30 anos. Esses municípios apresentaram, também, os menores percentuais de profissionais com mais de 45 anos. No caso de Manaus, esse fato foi reforçado, considerando que 55% dos profissionais de nível superior têm apenas até cinco anos de formados.

Em Brasília, verificou-se, entre os profissionais de nível superior e ACS, uma concentração em torno de 40% na faixa jovem, embora 40% dos profissionais de nível superior também estejam com mais de 45 anos. Camaragibe e Aracaju têm equipes com profissionais de nível superior mais maduros, prevalecendo a faixa entre 30 e 45 anos: em Camaragibe, 15% têm até 30 anos e outros 15% têm mais de 45 anos, e, em Aracaju, somente 8,5% têm até 30 anos e 30% está acima de 45 anos.

Quadro 62: Características de sexo e idade dos profissionais do PSF (%), dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Mulheres			Idade até 30 anos			Idade maior de 45 anos		
	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS
Camaragibe	83,0	93,1	99,5	15,1	37,7	44,6	15,2	3,4	9,8
Palmas	65,4	77,8	84,7	30,8	37,0	63,2	21,1	11,1	2,4
Vitória da Conquista	75,0	96,7	84,6	(1)48,5	...	(1)44,6	(2)3,2	...	(2)8,5
Vitória	82,5	82,9	89,6	23,8	15,8	42,0	19,1	14,4	11,4
Aracaju	86,2	87,1	85,8	8,5	19,4	61,4	29,8	25,9	2,8
Goiânia	72,3	86,0	93,1	(1)36,2	...	(1)37,7	(2)35,2	...	(2)5,6
Manaus	66,1	94,9	88,9	48,2	33,9	49,0	10,8	13,6	3,9
Brasília	66,2	93,3	75,7	39,0	27,6	40,9	40,6	10,5	10,4

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
Obs.: Em Vitória da Conquista e Goiânia, foi utilizado um único questionário para auxiliares de enfermagem e ACS, e a consolidação dos dados utilizou faixas etárias diferentes dos demais estudos de caso.
(1) Idade até 29 anos. Média para o conjunto de ACS e auxiliares de enfermagem.
(2) Idade maior de 44 anos. Média para o conjunto de ACS e auxiliares de enfermagem.

A escolaridade dos profissionais de nível superior e a experiência anterior em projetos similares ao PSF podem ser um bom indicador de perfil profissional, facilitador da implantação do programa. Camaragibe se destacou por ter mais de 60% dos profissionais de nível superior com pós-graduação, e, destes, 53% têm especialização com enfoque em Saúde da Família, possivelmente em face de posição pioneira do município na implantação do PSF e na organização de cursos de especialização em Saúde da Família, estando o segundo curso em desenvolvimento em 2002. Esse município teve ainda o maior percentual de profissionais de nível superior com experiência anterior em projetos similares ao PSF, 75%.

Em Manaus, a juventude dos profissionais de nível superior, apontou para uma escolaridade mais baixa, em que somente 27% têm especialização, embora 61% indicassem ter experiência anterior em projetos similares ao PSF, que pode estar referida à participação no projeto original deste município, o PMF. Brasília e Palmas seguem esse perfil com 46% dos profissionais de nível superior com até cinco anos de formados, elevando-se, nesses casos, o percentual de profissionais com especialização, embora sejam baixos os índices de especialização em Saúde Pública ou Coletiva, e com enfoque em Saúde da Família.

Quadro 63: Escolaridade e experiência anterior dos profissionais de nível superior (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Formados até cinco anos	Especialização		Especialização Saúde da Família	Experiência anterior em projetos similares ao PSF
		Total	Saúde Pública ou Coletiva		
Camaragibe	18,8	62,3	35,8	53,0	75,4
Palmas	46,2	32,7	9,6	7,7	46,1
Vitória da Conquista	...	34,4	20,3	3,1	53,2
Vitória	33,2	44,4	12,7	30,1	47,6
Aracaju	11,8	41,5	20,2	9,6	42,5
Goiânia	...	45,8	26,6	0,0	62,7
Manaus	55,3	26,8	8,9	10,7	60,7
Brasília	46,0	36,5	13,5	24,3	46,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

A escolaridade dos ACS é alta em relação às exigências do cargo, acordadas entre o Ministério da Saúde e as secretarias municipais de saúde – "saber ler e escrever". Em boa parte dos municípios, os percentuais de ACS com segundo grau completo superam a faixa de 60%. Em Vitória da Conquista, Brasília e Vitória, encontraram-se percentuais abaixo desse patamar. Um percentual pequeno de ACS tinha curso técnico em saúde, com exceção de Goiânia, onde 65% tinham obtido esse grau. Entre os auxiliares de enfermagem de Palmas, observou-se um elevado percentual de profissionais (81,5%) com curso técnico em saúde.

A ocorrência de capacitação em Saúde da Família entre os ACS foi superior a 60% em Brasília, Goiânia e Vitória da Conquista. Entre os auxiliares de enfermagem, Camaragibe apresentou percentual de 62% e Brasília de 73%.

Quadro 64: Escolaridade dos auxiliares de enfermagem e ACS do PSF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	ACS			Auxiliar de enfermagem		
	2.º grau completo	Técnico em saúde	Capacitação em SF	2.º grau completo	Técnico em saúde [1]	Capacitação em SF
Camaragibe	61,3	9,1	45,2	89,7	13,8	62,1
Palmas	72,5	14,7	58,9	100,0	81,5	18,5
Vitória da Conquista[2]	40,1	9,3	63,3	...	...	...
Vitória	56,3	6,8	63,9	68,5	25,0	25,0
Aracaju	66,4	15,3	25,0	77,3	25,8	38,7
Goiânia [2]	63,2	65,2	68,2	...	...	...
Manaus	61,7	10,3	38,3	96,6	42,4	35,6
Brasília	49,5	14,8	70,4	97,1	51,4	73,3

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] Concluído ou em curso.
[2] Média para o conjunto de ACS e auxiliares de enfermagem.

Motivos da escolha pelo trabalho no PSF

Na política social desencadeada na década de 90, em que se inseriu o PSF, um fator importante para a formulação dos programas foi a potencialidade de gerar emprego e renda. Outro fator importante foi a busca de seletividade no atendimento. Os integrantes das ESF, ao assinalarem alguns dos fatores motivadores de sua escolha pela atuação no PSF, destacados no quadro a seguir, como estar desempregado (entre os ACS), perceber o PSF como mercado de trabalho promissor (nível superior) e trabalhar com comunidades pobres, confirmaram essa tendência. O quarto destaque foi dado ao fato dos profissionais compartilharem a idéia de que o PSF pode reorganizar a atenção à saúde no município, o que aponta para aceitação da dimensão ideológica do programa quanto à transformação do modelo assistencial.

Assim, para a maioria dos ACS em Vitória, Aracaju, Manaus e Brasília, a escolha pelo PSF correspondeu a uma situação de desemprego, embora esses profissionais não vissem esse programa como um mercado de trabalho promissor. A exigência para os ACS de disponibilidade de tempo integral para exercer as suas atividades no PSF pode ter favorecido a predominância feminina e de jovens, respondendo pela dimensão social do programa.

Ao contrário, os profissionais de nível superior e auxiliares de enfermagem dos diversos municípios não indicaram a configuração de uma situação de desemprego, contudo, em Palmas e Aracaju, mais de um terço dos profissionais de nível superior mencionaram que sua escolha deveu-se ao programa ser mercado de trabalho promissor.

O fato de trabalhar em comunidades pobres foi um fator predominante entre 55% ou mais dos ACS em todos os casos estudados, e bastante significativo para os profissionais de nível superior de Aracaju (56%), Brasília e Camaragibe (mais de 48%). No caso dos ACS, essa escolha está diretamente ligada ao critério de seleção adotado para esse profissional no PSF, que foi "ser residente na comunidade há mais de dois anos", associado ao fato de que, na grande maioria dos municípios, a escolha das áreas de implantação do programa se deu pela definição de locais com uma situação de vulnerabilidade maior, daí se expandindo para o resto do território. No caso dos demais profissionais, tal escolha diz respeito à opção por um trabalho de dimensão social.

A adesão do conjunto dos profissionais à dimensão ideológica do PSF é fator facilitador para sua implementação. Os menores índices de adesão foram observados entre os profissionais de nível superior (54%), auxiliares de enfermagem (31%) e ACS (41%), de Manaus, e os de nível superior (53%) e ACS (48%), de Brasília.

Quadro 65: Motivo de escolha do PSF por integrantes das ESF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Municípios	Estar desempregado			Trabalhar com comunidades pobres			Mercado de trabalho promissor			Compartilhar idéia: PSF pode reorganizar a atenção à saúde no município		
	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS
Camaragibe	1,9	10,3	44,6	47,2	31,0	65,6	28,3	6,9	9,1	84,9	58,6	62,9
Palmas	3,8	-	27,0	40,4	29,6	62,6	32,7	7,4	1,2	67,3	70,4	67,5
Vitória da Conquista	4,7	...	...	39,1	...	...	15,6	...	...	78,1	...	...
Vitória	3,2	7,9	61,4	31,7	15,8	55,0	22,2	18,4	3,5	79,4	51,3	57,9
Aracaju	3,2	-	64,2	56,4	38,7	63,1	39,4	3,2	3,4	67,0	71,0	47,7
Goiânia	2,1	...	...	39,4	...	...	8,5	...	...	75,5	...	...
Manaus	5,4	13,6	70,9	35,7	13,6	54,8	37,5	6,8	2,7	53,6	30,5	41,0
Brasília	9,5	21,9	65,2	48,6	33,3	67,0	12,2	1,0	2,6	52,7	73,3	47,8

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Mecanismos de seleção

Os mecanismos de seleção dos profissionais de ESF estão bastante uniformizados entre os municípios, que utilizam recursos similares como entrevista, prova escrita e análise de currículos. Esses mecanismos foram igualmente destacados no questionário aplicado aos profissionais e nas entrevistas com os gestores. As exceções foram a ocorrência de prova oral para profissionais de nível superior e auxiliares de enfermagem, em Aracaju, em substituição à entrevista; a introdução do critério de desempenho no treinamento introdutório para os ACS, em Campinas e Goiânia, e para profissionais de nível superior, em Manaus, os quais também passaram por avaliação psicológica.

Destaca-se, entre os secretários municipais e coordenadores do programa, a reflexão bastante comum de que as formas de seleção de profissionais para a inserção no PSF vêm sendo moldadas pela necessidade de apurar a escolha do profissional com perfil mais adequado para o trabalho em Saúde da Família, em especial o médico. A discussão em torno da formação médica vem explicitando seus limites e aponta proposições para a capacitação a ser desenvolvida.

Desse profissional se espera um comportamento diferenciado ao que se oferece tradicionalmente no ensino pelo aparelho formador, ou seja, o desenvolvimento de habilidades de um médico geral para atender a demanda de forma programada e a capacidade de estabelecer fluxos de encaminhamento que ofereça resolutividade. Ainda se requer que ele abra mão de um lugar privilegiado na equipe de saúde, valorizando-se o conjunto dos agentes, com os quais deve interagir numa relação comunicativa e horizontal, e que realize novos procedimentos voltados para o atendimento de grupos de risco e para os problemas sociossanitários da comunidade sob sua responsabilidade. Exige-se ainda uma jornada de oito horas de trabalho.

Na medida em que os gestores não vêem, no aparelho formador, sinais de mudanças rápidas e em que alguns consideram a estratégia de Saúde da Família ainda não consolidada, pensam ser inadequada a realização de concurso público e contratação estatutária, pois esses instrumentos têm um caráter mais rígido, que engessaria a composição do quadro funcional. A seleção pública simplificada, que vem sendo utilizada por boa parte desses municípios, possibilita elaborar o perfil profissional a partir da relação de trabalho e do processo de educação continuada dos profissionais, e não exclui a possibilidade de aproveitamento do quadro estatutário das secretarias municipais, desde que os profissionais aceitem a alteração do processo de trabalho e se pactue alguma forma de complementação salarial, já que o PSF exige carga horária superior e dedicação quase exclusiva.

A opinião divergente quanto à realização de concurso público foi do gestor municipal de saúde de Campinas, que, com exceção dos ACS contratados por uma instituição filantrópica, buscou ao máximo atrair os profissionais da rede para a transformação das unidades básicas, ao mesmo tempo em que criou novas vagas na prefeitura para os profissionais de Saúde da Família. Utilizando-se do recurso de terceirização do concurso público, previsto pela legislação municipal, qualificou este instrumento e fez concurso público específico para a Saúde da Família, avaliando os candidatos quanto à análise de caso clínico, direção de grupo e ênfase na educação em saúde.

Quadro 66: Mecanismos de seleção utilizados para contratação, PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Profissionais de nível superior	Auxiliar de enfermagem	ACS
Camaragibe	Entrevista, Prova escrita, Análise currículo (enferm.), Convite pessoal (odont.)	Entrevista, Prova escrita, Análise currículo	Entrevista, Prova escrita
Palmas	Entrevista, Prova escrita	Entrevista	Entrevista, Prova escrita
Vitória da Conquista	Entrevista, Prova escrita, Análise currículo	Entrevista, Prova escrita, Análise currículo	Entrevista, Prova escrita ou análise currículo
Vitória	Entrevista, Prova escrita, Análise currículo	Entrevista, Prova escrita, Análise currículo	Entrevista, Prova escrita, Análise currículo
Aracaju	Prova escrita, Prova oral, Análise currículo	Prova escrita, Prova oral, Análise currículo	Entrevista, Entrevista coletiva, Prova escrita
São Gonçalo	Entrevista, Prova escrita, Análise currículo	Entrevista, Análise currículo, Prova escrita	Entrevista, Prova escrita
Campinas	Prova escrita, Análise de caso clínico, Análise currículo	Prova escrita, Análise currículo	Prova escrita, Desempenho treinamento introdutório
Goiânia	Entrevista, Análise currículo	Entrevista, Análise currículo	Entrevista, Análise currículo, Desempenho treinamento introdutório
Manaus	Entrevista, Análise currículo, Desempenho treinamento introdutório, Avaliação psicológica do perfil para o programa	Seleção simplificada (profissionais da rede), Entrevista, Prova teórica, Prova prática	Indicação Assoc. de Moradores, Entrevista
Brasília	Entrevista, Análise currículo	Entrevista, Análise currículo	Entrevista,Análise currículo

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Modalidades de contratação

Nogueira, Silva e Ramos (2000) utilizam-se do conceito de vinculação institucional para tratar tanto da dimensão jurídica da relação de trabalho como da dimensão administrativa da relação institucional, no caso da inserção dos profissionais de saúde no SUS, em especial dos ACS. Dessa forma, ampliaram o debate para além dos constrangimentos econômicos impostos à administração pública e abordaram a adequação das alternativas propostas para a implementação das políticas oficiais em função do alcance social de suas estratégias.

Observou-se nos casos estudados a experimentação de diversos modelos de vinculação institucional para a gestão de recursos humanos, concomitante à preservação do regime de servidor público estatutário. As modalidades de contratação de profissionais para compor as ESF se caracterizaram, em alguns casos, pela informalidade ou precariedade do vínculo empregatício, que implicou em uma relação jurídica que eliminou os direitos sociais garantidos pela CLT.

O estímulo à organização de cooperativas de profissionais foi o modelo de gestão de recursos humanos adotado no caso de Camaragibe. A cooperativa, ao se apoiar na autonomia dos trabalhadores, deixou os profissionais desprotegidos, já que os benefícios previdenciários e trabalhistas teriam de ser negociados permanentemente e embutidos no valor do contrato de prestação de serviços, que rege a relação entre SMS e Cooperativa.[41]

Em outros municípios, a opção por convênios com ONG, OSCIP e instituições filantrópicas, especialmente voltados para atender a administração financeira dos encargos com todos ou parte dos profissionais das ESF, tem possibilitado a contratação por CLT, que protege o profissional, embora estabeleça regras diferentes no quadro de pessoal que trabalha em um mesmo espaço.

Essa alternativa se apresentou nos casos de Vitória da Conquista, Vitória, Campinas e Brasília. Os seus gestores alegam que a alternativa permitiu flexibilidade e agilidade na contratação, na substituição de profissionais e na ocorrência de desligamentos. A maior parte de desligamentos se faz por conflitos interpessoais ou com a comunidade e mudança de endereço, no caso dos ACS.

Nesses casos, criaram-se instrumentos jurídicos de repasse de recursos – convênios de co-gestão entre as secretarias municipais e as instituições contratantes, pelos quais estas se responsabilizam pela seleção, contratação e desligamento de recursos humanos. Nesses instrumentos, as SMS salvaguardam sua condição de gestoras, estabelecendo para as ONG, ou outras instituições, o papel de intermediário financeiro, embora em alguns casos, como em Vitória da Conquista, também tivessem uma atuação mais dinâmica na gerência. Os organismos contratantes estabelecem relações formais com os trabalhadores, não exercendo funções de representação de interesses dos profissionais.

A adoção de contratos temporários (regime especial temporário), para todos os tipos de profissionais, diretamente com a SMS, foi a forma de gestão adotada nos casos de São Gonçalo e Manaus. Em Vitória, esse instrumento foi usado somente para os profissionais de nível superior. O contrato temporário apontou para uma maior incerteza e não fixação dos profissionais.

[41] A coordenação estadual do PSF, em Pernambuco, e os gestores municipais de saúde de Camaragibe relataram que começaram a crescer os recursos de profissionais na Justiça após o desligamento do PSF, fato que tem conduzido a debates sobre a necessidade de mudar o modelo de contratação.

Ainda foi observada, em Goiânia, a complementação salarial dos servidores por meio de uma bolsa de pesquisa ou pro labore, paga por fundação de apoio via mecanismos precários.

Como avaliaram Campos, Cherchiglia e Girardi (2000), essas situações de gerência terceirizada ou triangulada, apesar de se organizarem em torno de instrumentos jurídicos, deixaram muito a desejar em termos de transparência e de governabilidade, possibilitando que entre parceiros existam muitas contradições quanto a atribuições e competências.

A triangulação da gerência de recursos humanos do PSF se constituiu em um problema a ser enfrentado na gestão do SUS, pois trouxe diferenças salariais, de cargas horárias, de benefícios sociais e de estabilidade no emprego entre profissionais que atuam na rede e os profissionais do PSF.

Quadro 67: Modalidades de contratação de pessoal para o PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Profissionais de nível superior	Auxiliares de enfermagem	ACS
Camaragibe	Cooperativa, Estatutário da SMS – complem. salarial da cooperativa	Cooperativa, Estatutário da SMS – complem. salarial da cooperativa	Cooperativa
Palmas	Estatutário da SMS, Cessão pela Funasa, Prestação de Serviços	Estatutário da SMS	Prestação de serviços
Vitória da Conquista	CLT com ONG	CLT com ONG	CLT com ONG
Vitória	Estatutário da SMS – complem. salarial, Temporário com a SMS	Estatutário da SMS – complem. salarial	CLT com ONG
Aracaju	Estatutário (SMS, SES ou MS municipalizados) – complem. salarial, Prestação de serviços c/ assoc. categoria (médicos)	Prestação de serviços com associação de categoria	Prestação de serviços com ONG
São Gonçalo	RET – Regime Especial Temporário com SMS	RET – Regime Especial Temporário com SMS	RET – Regime Especial Temporário com SMS
Campinas	Estatutário da SMS	Estatutário da SMS	CLT c/ instituição filantrópica em co-gestão com SMS

continua...

...continuação

Município	Profissionais de nível superior	Auxiliares de enfermagem	ACS
Goiânia	Bolsa de pesquisa – Fundação de Apoio, Estatutário da SMS – complem. salarial da Fundação de Apoio	Bolsa de pesquisa – Fundação de Apoio	Bolsa de pesquisa – Fundação de Apoio
Manaus	RET – Regime Especial Temporário com a SMS	RET – Regime Especial Temporário com a SMS	RET – Regime Especial Temporário com SMS
Brasília	CLT com OSCIP	CLT com OSCIP	CLT com OSCIP

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

O próximo quadro permite comparar os salários mensais pagos e as jornadas semanais do PSF e da rede de serviços de saúde. Como já se mencionou, a diferença salarial e de cargas horárias de trabalho, dentro do SUS municipal e mesmo entre os diversos municípios, se complexificou com a implantação do PSF.

Uma primeira diferença observada na maioria dos casos é que, na rede, os profissionais apresentam diversas alternativas de carga horária e regime de trabalho (plantão, diarista), embora se tenha optado em apresentar no quadro a carga superior, geralmente de 30 horas. No PSF, há uma obrigatoriedade de dedicação de 40 horas, com exceção de Campinas, que optou por 36 horas, para as quais ofereceu um prêmio de 20% sobre o salário base inicial de carreira.

Em Campinas, a introdução do prêmio Paidéia, nome dado ao PSF no nível municipal, como um sistema de incentivo salarial aos profissionais que integram o processo de transformação do modelo de Atenção Básica, foi um fator facilitador da sua implantação, por permitir incorporar profissionais da rede, utilizando para tal os incentivos pagos pelo Ministério da Saúde. O prêmio Paidéia para os profissionais vinculados ao programa é variável segundo o índice de desenvolvimento humano (IDH), o índice de condição de vida (ICV) e outros indicadores de risco social da comunidade em que a unidade de saúde está localizada, sendo mais elevado nas áreas de maior risco social, e foi concedido a todos os servidores da unidade.[42] Há, em Campinas, um prêmio por produtividade, em base a contrato de metas, também para os profissionais não vinculados ao novo modelo assistencial, e os médicos do Paidéia somaram a esse prêmio por produtividade outros dois componentes: um fixo, sobre a jornada de trabalho de 36 horas, e outro componente variável, conforme risco social da área de atuação.

Há diferenças de outra ordem entre os municípios estudados, como por exemplo, a isonomia salarial entre os profissionais, que aparecem em Camaragibe e Brasília. No primeiro caso, se optou pela isonomia salarial dos integrantes de nível superior do PSF, que, embora com salários inferiores, se estendeu para os diversos profissionais de nível superior da rede tradicional. De acordo com

[42] Esse pode atingir até 40% do salário base de início de carreira. Esse componente do incentivo classifica as unidades de Atenção Básica em quatro níveis, aos quais correspondem diferentes índices: 7,5% do salário base da categoria para os que têm melhor ICV; 15% para os que têm um ICV intermediário; 30% para os que têm um ICV pior e 40% para um grupo especial.

os gestores de Camaragibe, o salário diferenciado oferecido aos profissionais do PSF foi um forte atrativo na região metropolitana de Recife.

Em Brasília, a situação de isonomia é por cada categoria profissional, não se observando diferenças entre o valor pago na rede e no PSF, cujos salários, relativamente baixos para o mercado local, contribuíram para dificuldades de fixação de profissionais médicos.

Observou-se uma forte associação entre os salários mais elevados e o mencionado acima quanto à percepção dos profissionais acerca do PSF ser um mercado promissor. Em Palmas, Aracaju e Manaus, destacaram-se os melhores níveis salariais para os profissionais de nível superior, especialmente dos médicos.

Em relação à remuneração dos ACS, as mais baixas se encontraram em Vitória da Conquista e Aracaju, que correspondiam ao valor do salário mínimo no momento da realização da pesquisa, e a mais alta é recebida em Campinas.

Quadro 68: Salários mensais e carga horária semanal dos integrantes das ESF e dos profissionais da rede de serviços de saúde, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Tipo	Médico		Enfermeiro		Odontólogo		Aux. Enf.		ACS	
		Horas	R$	Horas	R$	Horas	R$	Horas	R$	Horas	R$,
Camaragibe	Rede	20	1.000,00	30	1.000,00	...	1.000,00	30	465,00	40	286,00
	PSF	40	3.234,00	40	3.234,00	40	3.234,00	40	671,00		
Palmas	Rede	30	2.000,00	30	1.200,00	30	1.200,00	30	371,00	40	325,00
	PSF	40	4.500,00	40	2.500,00	40	2.800,00	40	550,00		
Vitória da Conquista	Rede	...	...	...	790,00	...	...	...	...	40	151,00
	PSF	40	3.348,00	40	1.800,00	20	1.200,00	40	350,00		
Vitória	Rede	...	1.805,00	30	1.380,00	...	...	30	454,00	40	256,00
	PSF	40	3.530,00	40	2.348,00	-	-	40	869,00		
Aracaju	Rede	...	2.000,00	30	1.000,00	25	1.000,00	30	350,00	40	180,00
	PSF	40	3.600,00	40	3.080,00	40	3.080,00	40	600,00		
São Gonçalo	Rede	30	1.200,00	30	460,00	...	...	...	350,00	40	220,00
	PSF	40	3.500,00	40	2.000,00	-	-	40	450,00		
Campinas (1)	Rede	36	3.332,00	36	1.761,00	36	2.777,00	36	711,00	36	430,00
	PSF	36	3.848,00	36	2259,00	36	3489,00	36	924,00		
Goiânia	Rede	20	850,00	30	750,00	...	...	...	...	...	200,00 a 500,00
	PSF	40	3.348,00	40	1.500,00	-	-	...	...		

continua...

...continuação

Município	Tipo	Médico		Enfermeiro		Odontólogo		Aux. Enf.		ACS	
		Horas	R$	Horas	R$	Horas	R$	Horas	R$	Horas	R$,
Manaus	Rede	...	...	...	...	...	...	...	...	40	300,00
	PSF	40	6.000,00	40	3.020,00	20	2.120,00	40	822,		
Brasília	Rede	40	3 023,00	40	2.086,00	40	3.023,00	...	900,	40	335,00
	PSF	40	3.023,00	40	2.086,00	40	3.023,00	40	900,		

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

(1) Em Campinas, o valor apresentado na tabela é relativo ao maior salário do profissional, segundo o sistema de incentivo salarial que abrange todos os serviços de saúde.

A maioria dos integrantes da ESF, nos centros urbanos estudados, não se percebe bem remunerada em comparação com as suas atribuições no programa. Baixas proporções de ACS consideram que há compatibilidade entre as suas atribuições e seu salário, sendo menores de 3,5% em cinco municípios (Camaragibe, Aracaju, Vitória, Goiânia, Brasília). Em Vitória da Conquista, onde o salário do ACS é igual ao salário mínimo, esse percentual foi de 8,5%, em Palmas, foi de 10% e, em Manaus, foi de 21%.

Entre os profissionais de nível superior, somente em Manaus observou-se que mais de um terço dos mesmos considerou sua remuneração compatível com as atribuições. Os mais baixos percentuais foram verificados em Vitória e Goiânia.

Os auxiliares de enfermagem de Brasília, Manaus e Vitória foram os que indicaram maior compatibilidade e foram, também, os que apresentaram um nível salarial mais elevado dentro do PSF e mais diferenciado em relação aos servidores da rede de serviços.

Quadro 69: **Integrantes das ESF que consideram compatíveis atribuições e salários (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Municípios	Nível superior	Auxiliar de enfermagem	ACS
Camaragibe	20,8	34,5	1,1
Palmas	19,2	18,5	10,4
Vitória da Conquista	21,9	...	8,5(1)
Vitória	7,9	47,5	2,5
Aracaju	17,0	6,5	1,7
Goiânia	9,6	...	2,6(1)
Manaus	37,5	45,8	21,1
Brasília	13,5	53,3	3,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

(1) Média para o conjunto de ACS e auxiliares de enfermagem.

Rotatividade e permanência dos integrantes do PSF

A rotatividade ou não fixação dos profissionais de saúde no PSF é um fator de não sustentabilidade do programa para muitos de seus estudiosos. Aqui, procurou-se observar o fato pelo tempo de atuação dos profissionais pesquisados e a substituição de profissionais nas ESF. Observou-se que a atuação declarada pelos profissionais correspondeu, em parte, às etapas de implantação do programa nos municípios, contudo, considerando-se que os profissionais integrantes do censo ou amostra deveriam ter um tempo de atuação superior a seis meses no momento da pesquisa, os percentuais observados de profissionais que atuam há 12 meses ou menos no PSF, em alguns casos, indicam dificuldade de fixação. Todavia, em diversos casos, considerando que o PSF, em geral, estava em implantação e que estudos econômicos indicam que períodos superiores a um ano de permanência no trabalho sugerem fixação, observou-se um índice de rotatividade não muito elevado, com base no percentual de integrantes da ESF com até 12 meses de atuação.

Camaragibe teve seu processo de implantação consolidado e as inserções mais recentes indicam perda, especialmente entre os profissionais de nível superior, entre os quais observou-se proporção de 15% com atuação há 12 meses ou menos. Essa rotatividade foi confirmada pelos gestores, que a atribuíram ao fato de que, no último ano, outros municípios do estado, na região metropolitana, implantaram o PSF e realizaram concurso para preencher vagas, atraindo muitos profissionais. A ampliação do mercado estabelece vantagens comparativas, que exige novas estratégias. O município de Camaragibe investiu principalmente no estímulo à capacitação e na educação permanente dos profissionais.

Em Palmas, chamou atenção um maior percentual de profissionais de nível superior fixados, o que foi confirmado pelo gestor. Este considerou as maiores perdas entre os ACS, que apresentam um elevado grau de escolaridade, observando-se mobilidade social grande por meio do ingresso na universidade, o que é pouco compatível com a jornada de trabalho no PSF, aumentando o desligamento.

O número de profissionais com até 12 meses de atuação correspondeu, aproximadamente, à ampliação do número de equipes em Vitória, Vitória da Conquista e Aracaju, onde as perdas existiram, embora não muito elevadas. Os desligamentos, em Aracaju e Vitória, segundo gestores, foram em geral devido a conflitos interpessoais e na comunidade. Em Vitória da Conquista, o contrato CLT possibilitaria um vínculo mais estável, mesmo com salário mais baixo, ocorrendo menores perdas, segundo os gestores.

Em Goiânia, onde não se ampliara, no ano anterior da pesquisa, a inserção de profissionais, a rotatividade é maior entre os profissionais de nível superior (15%) e ACS (20%). Em Manaus, destacou-se, neste último ano, a inserção de grande número de enfermeiras que não integravam o programa similar (PMF), explicando, em parte, a diferença do percentual dos profissionais de nível superior que estão no PSF até 12 meses, que alcançou mais de 50%. A elevada rotatividade de médicos, segundo informação dos gestores, foi devido à incorporação de recém-formados que, depois de curto período, desligam-se do programa para cursar residência.

Em Brasília, observou-se elevada rotatividade entre os profissionais de nível superior: 26% atuavam há 12 meses ou menos, em situação de não expansão do programa. A falta de médicos levou à

retração do programa, com redução do número de equipes qualificadas por estarem incompletas. Os profissionais de nível superior, médicos e enfermeiras, segundo os gestores, apresentam maior resistência quanto à realização das atividades singulares do PSF, como visita domiciliar. Os médicos muito jovens e desempregados ou os mais velhos, aposentados, apresentavam um perfil de difícil adaptação, segundo os gestores locais. Em Brasília, parte das vagas de ACS não estavam ocupadas em muitas das ESF, o que explica a baixa proporção desses profissionais que atuavam há 12 meses ou menos por ausência de contratações recentes. Segundo os gestores, havia dificuldades de fixar esses profissionais devido aos salários baixos e às áreas de risco, com processos de invasão de terra e grande mobilidade populacional.

A avaliação da rotatividade, em situação de processo de ampliação do programa social sob análise, com incorporação progressiva de profissionais, deve incluir outros aspectos além do tempo de contratação. Outra forma de analisar a permanência dos integrantes da ESF foi pela observação de substituições de profissionais na ESF e atuação em mais de uma equipe pelo profissional do PSF. A inserção e atuação de profissionais em substituição a outros foi um fato observado para cerca de um quarto ou mais dos profissionais de nível superior pesquisados, com percentual variando entre 25%, em Manaus, e 33%, em Palmas. Proporções mais elevadas foram observadas para os auxiliares de enfermagem (44%) e para os ACS (42%) em Palmas. Entre os ACS, o município que apresentou um percentual mais elevado de substituições foi Camaragibe, com 33%, em parte explicado por ser também o município com maior tempo de implantação do PSF entre os estudados.

A atuação profissional em mais de uma equipe, significando mudança, como seria de esperar, dados os critérios de moradia na área para contratação, obteve percentuais baixos entre os ACS, com exceção de Brasília que apresentou índice de 24%. Brasília apresentou também os mais altos percentuais, para os profissionais de nível superior (37%), de atuação em mais de uma ESF. Em Manaus, índices elevados de profissionais atuaram em mais de uma equipe: 33% dos profissionais de nível superior e 42% dos auxiliares de enfermagem. Ainda em Camaragibe, 38% dos auxiliares de enfermagem também mudaram de equipe. Os motivos indicados para essas mudanças foram mais de ordem gerencial do que por dificuldades no trabalho coletivo, mais comuns para o desligamento.

Quadro 70: **Rotatividade e permanência dos integrantes das ESF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Tempo de atuação 12 meses ou menos			Substituiu profissional da ESF			Atuou em mais de uma ESF		
	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS
Camaragibe	15,1	6,8	5,9	32,1	17,2	33,3	22,6	37,9	14,0
Palmas	9,6	18,5	14,1	32,7	44,4	41,7	34,6	14,8	11,7
Vitória da Conquista	35,9	40,0	34,6	...	...	...	...	...	...
Vitória	36,5	34,2	30,8	27,0	23,7	25,7	26,9	10,5	5,4
Aracaju	34,1	58,0	39,2	25,5	35,5	13,6	34,0	12,9	6,3
Goiânia	14,9	10,5	20,4	...	...	...	...	...	...
Manaus	51,7	6,8	8,8	25,0	15,3	21,1	33,9	42,4	4,2
Brasília	25,7	11,4	2,6	31,1	6,7	16,5	36,5	32,4	23,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Capacitação, educação continuada e supervisão das ESF

A capacitação foi percebida, pelos gestores, como uma das alavancas da proposta de mudança e reorganização do modelo de Atenção Básica. Pode ser instrumento de gestão poderoso ao provocar, nos profissionais do PSF, o debate dos seus conhecimentos em relação à prática.

Os gestores destacaram a importância dos treinamentos introdutórios, especialmente voltados para os ACS, dado a sua inovação no campo dos "cuidados" e no campo da "promoção social". Todavia, alguns gestores consideram que os treinamentos introdutórios ou em serviço para outros profissionais copiam o manual produzido pelo Ministério da Saúde, sem discutir o modelo local, daí sua fragilidade. Mas, as dificuldades se expressam ainda pela pouca participação dos Pólos de Capacitação na educação permanente dos profissionais em diversos centros urbanos, que nem sempre cobrem sua principal atribuição, que seria oferecer os treinamentos introdutórios. Esses podem ficar a cargo de núcleos de desenvolvimento técnico dos municípios, que têm estabelecido diferentes prioridades.

Uma das percepções mais críticas foi do secretário Municipal de Saúde de Aracaju, que declarou ter interrompido o processo da capacitação para que pudesse ser reorganizado. Em Sergipe, a inexistência do Pólo de Capacitação, no âmbito estadual, exigiu do município de Aracaju um esforço de articulação da SMS com as instituições formadoras e órgãos de interesse, como os Conselhos Regionais e associações corporativas para promover a capacitação necessária aos profissionais do PSF.

A secretária de Saúde de Camaragibe considerou o treinamento em serviço insuficiente e apenas parcialmente adequado, tendo estimulado, entre os profissionais de nível superior, a realização de curso de especialização oferecido pelo Pólo, com coordenação da Escola de Saúde Pública da SES/PE. O Pólo de Capacitação de Pernambuco, criado em 1997, se dedicou quase exclusivamente à estrutura-

ção desse curso, além de supervisionar os estágios de internato da Saúde da Família e da residência, junto com a universidade. Compõem a articulação institucional a SES/PE, a Universidade Estadual de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco, Instituto Materno-Infantil, Nesc/Fiocruz, Universidade de Olinda e Cosems.

Em Manaus e Campinas, a capacitação foi executada no âmbito municipal, pois os Pólos estaduais não conseguem atender as necessidades do estado como um todo. A Unicamp tem oferecido suporte ao PSF no município de Campinas, para a estruturação de curso de especialização de longo prazo para todos os profissionais. A SMS de Campinas participa do núcleo regional do Pólo, junto à Diretoria Regional de Saúde.

Em Manaus, foram constituídas duas turmas do Curso de Especialização em Saúde da Família para profissionais de nível superior. O curso foi integralmente financiado pela Prefeitura de Manaus e ministrado por professores da Universidade Federal do Amazonas (UA). O Pólo de Capacitação do Estado de Amazonas tem uma atuação mais voltada para os municípios do interior.

Em Palmas, o Pólo foi organizado em 2000 e suas atribuições envolvem o treinamento introdutório, curso em Assistência Integral às Doenças Prevalecentes na Infância (AIDPI), oficina de planejamento estratégico para gestores, oficina de sensibilização para professores e estudantes na estratégia de Saúde da Família, entre outras, por meio da articulação com o Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, em Araguaína.

Em Vitória da Conquista, a SMS participa do núcleo regional do Pólo de Capacitação da SES/BA, responsável pelo treinamento introdutório de 80 horas e por treinamentos em serviços para atendimento de grupos de risco, entre outros. O Pólo de Capacitação conta com a articulação entre a Universidade Federal da Bahia, universidades regionais e apoio de conselhos e associações corporativas, além da SMS de Vitória da Conquista.

Em Vitória, a SES/ES criou o Pólo em 1999, que oferece Curso Básico de Saúde da Família, treinamento introdutório para supervisores, com 192 horas, cursos para atendimento de grupos prioritários, entre os quais, saúde da mulher, idoso, hipertensão e diabetes. A SES/ES articula-se com a Universidade Federal do Espírito Santo, Instituto de Medicina da Santa Casa de Misericórdia e Cosems.

São Gonçalo recebeu apoio do Pólo de Capacitação da SES/RJ, criado em 1998, que atua por meio de núcleos regionalizados, articulando as Universidades Federal Fluminense, do Estado do Rio de Janeiro, a Unigranrio e a Faculdade de Enfermagem da Serra dos Órgãos. Nesse município da região metropolitana do Rio de Janeiro, o Pólo se responsabilizou pelo treinamento introdutório para o nível médio (40 horas) e para o nível superior (120 horas), além de oferecer curso de especialização em Saúde da Família.

Em Brasília, o Pólo foi criado em 1997 e reestruturado em 1999. Oferece curso de especialização em Saúde da Família e residência médica em Saúde Comunitária. A SES/DF se articula com a UnB e a Escola de Ensino Superior de Ciências da Saúde. Em 2001, foi inaugurada uma Faculdade de Medicina ligada à SES/DF, oferecendo curso de graduação em medicina e cursos de capacitação na área de saúde. Como parte da formação acadêmica dos estudantes de medicina, desde o primeiro ano, a grade curricular da faculdade inclui o desenvolvimento de atividades no PSF e nas comunidades, e as USF constituem campo de estágio para os alunos. Dentro da estrutura da SES, Núcleos de Ensino e Treinamento, com atuação descentralizada em cada regional de saúde, são responsáveis pelo treinamento dos profissionais de saúde das regionais, entre estes os do PSF.

O quadro a seguir retrata a avaliação dos gestores municipais quanto aos resultados da capacitação dos profissionais sobre o desenvolvimento das atividades no PSF. Embora solicitados a pontuar o perfil dos profissionais que atuam no programa, quanto à sua capacitação para desenvolver as atividades preconizadas no PSF a partir de quatro graus – péssimo, regular, bom e excelente –, observou-se que as opiniões centraram-se nos níveis regular e bom.

Em Camaragibe, os gestores consideraram o desenvolvimento das atividades de enfermeiros e odontólogos como 'excelente', mas indicaram como 'regulares' o desenvolvimento dos médicos, auxiliares de enfermagem e ACS. Em Palmas, a capacitação dos enfermeiros e dos ACS também recebeu 'excelente' avaliação, sendo a dos demais profissionais considerada como 'boa'. Em Campinas, atribuiu-se 'bom' para a capacitação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem e 'excelente' aos ACS. Vitória da Conquista, Manaus e Brasília perceberam como 'boa' a capacitação de seus profissionais para o desempenho de suas funções. Em Vitória, também se avaliou com 'boa' a capacitação de enfermeiros e ACS.

Aracaju foi o município que pior avaliou a capacitação dos profissionais para o desenvolvimento de suas atribuições no novo modelo assistencial, considerando-a 'péssima' para médicos e enfermeiros e 'regular' para os demais profissionais. O novo gestor municipal avaliou que os treinamentos recebidos pelas ESF não foram adequados nem suficientes, pois a formação tradicional de médicos e enfermeiros não os habilita para as novas atribuições, além do que a experiência prévia da maioria dos enfermeiros é na área hospitalar e a dos médicos, na clínica de especialidades. Por motivos similares, Goiânia também apontou como 'regular' a capacitação de médicos, auxiliares de enfermagem e ACS.

Quadro 71: Avaliação dos gestores quanto à capacitação dos profissionais para desenvolver suas atividades no PSF, dez grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Péssimo/Regular					Bom/Excelente				
	Méd.	Enf.	Odont.	AE	ACS	Méd.	Enf.	Odont.	AE	ACS
Camaragibe	X			X	X		X	X		
Palmas						X	X	X	X	X
Vitória da Conquista						X	X	X	X	X
Vitória	X			X			X			X
Aracaju	X	X	X	X	X					
Campinas	X		X				X		X	X
Goiânia	X			X	X		X			
São Gonçalo				X	X	X	X			
Manaus						X	X	X	X	X
Brasília						X	X	X	X	X

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
Legenda – ▬: excelente e péssimo.

Perguntados se receberam treinamento introdutório antes de ingressar no PSF, e se participam em atividades de capacitação continuada, a grande maioria dos ACS (70% e mais) respondeu positivamente, destacando-se, no treinamento introdutório, Brasília com 98% e Palmas com 86%. A percepção dos ACS quanto ao treinamento recebido também foi positiva, tendo sido considerado suficiente para exercer suas funções por mais de 70% em todos os seis casos.

Entre os auxiliares de enfermagem, a participação no treinamento introdutório e em atividades de capacitação continuada foi reduzida: 40% ou menos em quatro cidades. Camaragibe e Brasília se destacam pela melhor capacitação dos auxiliares de enfermagem: 79% e 98%, respectivamente, receberam o treinamento introdutório, que consideraram suficiente, e cerca de 80% afirmaram haver um investimento em educação permanente.

Quadro 72: Realização de treinamento introdutório, participação em atividades de capacitação continuada e percepção dos auxiliares de enfermagem e ACS sobre o treinamento (%), seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Municípios	Auxiliar de enfermagem			ACS		
	Trein. Introd.	Suficiente	Capacit. Continuada	Trein. Introd.	Suficiente	Capacit. Continuada
Camaragibe	79,3	78,3	79,3	80,7	80,0	88,2
Palmas	37,0	70,0	11,1	86,5	70,2	85,9
Vitória	6,6	100,0	23,7	75,2	84,2	82,7
Aracaju	25,8	75,0	38,7	83,6	82,3	73,3
Manaus	44,1	57,7	44,1	69,4	77,9	84,3
Brasília	98,0	73,8	80,9	98,3	85,2	91,3

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

A supervisão mostrou-se ainda uma atividade pouco estruturada na metade dos municípios estudados. Manaus, Goiânia, Vitória e São Gonçalo declararam ainda estar em fase de montagem dessa estrutura, pretendendo organizar equipes multiprofissionais para atuar regionalmente. Gestores destacaram a necessidade de criar meios de supervisionar casos clínicos e constituir seus protocolos de atendimento, na medida em que ainda se utilizavam basicamente do manual do Ministério da Saúde para Atenção Básica. Esses municípios esperam das coordenações de USF o controle da freqüência, do preenchimento das fichas do Siab e relatórios mensais de atividades.

Em Palmas, a coordenação do PSF declarou realizar supervisão com formulários de avaliação para os profissionais e de impacto junto à comunidade, duas vezes ao ano. Além disso, sempre que necessário, observam o funcionamento das ESF e buscam oferecer soluções para problemas.

Contudo, encontrou-se, em Camaragibe, Campinas, Aracaju e Brasília, uma estrutura de supervisão montada. Adotando nomes diferentes como apoiadores, em Campinas e Aracaju, ou gerentes territoriais, em Camaragibe, as equipes de supervisão tinham em comum realizar a atividade regionalmente, de forma periódica, por meio de uma equipe multidisciplinar. Embora ainda atendessem necessidades emergenciais, tinham objetivos técnicos e gerenciais bem explicitados. Todas essas experiências de supervisão se associavam ao processo de planejamento e programação regionais, avançando na discussão de casos clínicos e formulação de instrumentos de avaliação de processo e de impacto. Funcionavam também como instrumentalizadoras do processo de capacitação dos profissionais, com exceção de Brasília, na qual a educação continuada ficava a cargo do Pólo de Capacitação.

Em Vitória da Conquista, a supervisão era realizada pela equipe de coordenação do PSF, com cronograma semanal e roteiro de acompanhamento estruturado com a Coordenação de Assistência, visando a avaliar a estrutura física, as relações interpessoais, a relação com a comunidade e o desempenho das atividades, a partir do acompanhamento do Siab e sua discussão com a equipe. Contudo, não era realizada supervisão de casos clínicos.

Ao perguntar aos profissionais sobre a sua participação, na semana anterior, em atividades de educação continuada, as respostas indicam que foram freqüentes entre os ACS e, em alguns casos, entre os auxiliares de enfermagem. Cerca de 30% ou mais dos ACS haviam participado de atividades de capacitação na semana anterior, com destaque para Brasília (49%) e Palmas (36%). Em geral, baixas proporções de profissionais de nível superior participaram de atividades de capacitação na semana anterior, destacando-se Vitória na capacitação de médicos (32%) e enfermeiros (26%). Foi nula para odontólogos, com exceção de Camaragibe.

Quanto à participação em atividades de supervisão ou reuniões com a coordenação do PSF na semana anterior, em geral, cerca de 20% dos profissionais de nível superior participaram. Em Manaus, a grande maioria dos profissionais de nível superior participou em atividades com a coordenação na semana anterior. Em outros municípios, os médicos apresentaram um percentual maior, para essa atividade, do que os enfermeiros.

Contudo, a maioria do conjunto dos integrantes das ESF informou ter recebido atividades de supervisão regularmente (exceto Goiânia – quadro 74). Índices maiores de 70% do conjunto dos profissionais de Camaragibe, Aracaju, Brasília e Vitória perceberam que a atividade de supervisão era regular, o que corresponde, parcialmente, ao que se apreendeu dos gestores.

Quadro 73: **Atividades de educação continuada realizadas na semana anterior à pesquisa por integrantes da ESF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Municípios	Realização de atividades de capacitação					Supervisão com a CSF		
	Médico	Enferm.	Odont.	AE	ACS	Médico	Enferm.	Odont.
Camaragibe	18,2	22,2	25,0	34,5	29,0	18,2	11,1	0,0
Palmas	12,5	25,0	...	14,8	36,2	0,0	21,4	...
Vitória	31,7	25,8	...	5,3	27,7	29,0	25,0	...
Aracaju	3,0	11,8	0,0	29,0	30,1	18,2	17,6	7,4
Manaus	3,6	9,5	0,0	25,4	28,4	64,3	57,1	57,1
Brasília	0,0	0,0	0,0	35,2	48,7	22,2	18,5	5,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Perfil de ESF, relacionamento, atividades, rotinas e procedimentos

As ESF avaliaram positivamente o seu trabalho em equipe. Ao responderem sobre a organização da equipe e o processo de trabalho, apresentaram percepções positivas quanto à equipe "ser sensível e aberta a mudanças com capacidade de rever rotinas" e ter um "relacionamento bom e respeitoso", e negaram que a relação da ESF fosse conflituosa. No primeiro caso, sobressaiu-se Camaragibe, com concordância de 71%. Quanto ao relacionamento, Manaus apresentou o maior percentual (83%), embora em Palmas tenha sido observado o menor índice (2%), relativo a ESF "ter um relacionamento conflituoso".

No que diz respeito ao processo de trabalho, o grau de participação e discussão da programação das atividades da ESF com regularidade semanal ou quinzenal também se mostrou elevado no conjunto das equipes municipais, com freqüência superior a 50%, em todos os oito casos estudados.

Quadro 74: **Indicadores do trabalho em equipe segundo o conjunto de integrantes da ESF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Indicadores (%)	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
A equipe é sensível e aberta a mudanças com capacidade de rever rotinas	70,9	55,4	43,6	53,7	59,8	43,2	52,1	58,5
O relacionamento é bom e respeitoso	64,9	80,6	71,8	75,4	80,1	74,0	83,2	76,9
A relação é conflituosa	7,5	2,1	3,4	7,3	6,3	3,8	4,0	9,5
Recebeu atividades de supervisão regular	85,8	64,7	48,4	73,5	78,9	42,1	59,7	73,2
Discute a programação das atividades da ESF com regularidade semanal ou quinzenal	73,9	72,3	...	57,2	55,1	...	75,3	71,4

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz

Analisando-se as atividades não assistenciais realizadas na semana anterior à pesquisa, por integrantes da ESF, pode-se conhecer aspectos da dinâmica do trabalho em equipe. Observou-se que os profissionais de nível superior são responsáveis pela supervisão direta das atividades de auxiliares de enfermagem e ACS. Em metade dos municípios, essas atividades recaíram nos enfermeiros, sendo que, em Vitória, Manaus e Palmas, na semana anterior, mais de 45% dos enfermeiros realizaram a supervisão dos profissionais de nível médio e fundamental.

Outras atividades não assistenciais de administração e gerência foram desenvolvidas por pequenas proporções dos profissionais da ESF, variando entre 5% dos auxiliares de enfermagem, em Vitória, a 45% dos profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), em Camaragibe. Contudo, a maioria dos profissionais das ESF assinalaram que realizaram reunião de equipe na semana anterior (exceto auxiliares de enfermagem em Vitória e Aracaju). Mais de 65% dos ACS informaram ter participado de reuniões de equipe na semana anterior.

Quadro 75: **Atividades não assistenciais realizadas na semana anterior à pesquisa por integrantes da ESF, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Supervisão com AE e ACS			Administração e gerência			Reunião de equipe		
	Médico	Enferm.	Odont.	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS
Camaragibe	4,5	25,9	50,0	45,3	44,8	25,3	66,0	65,5	73,7
Palmas	-	46,4	-	17,3	18,5	17,2	63,5	59,3	82,8
Vitória	3,2	59,4	-	14,3	5,3	12,9	57,1	34,2	70,3
Aracaju	3,0	29,4	-	13,8	9,7	14,8	56,4	45,2	69,9
Manaus	25,0	52,4	-	16,1	33,9	24,5	50,0	66,1	70,5
Brasília	11,1	11,1	5,0	9,5	21,0	20,9	60,8	70,5	65,2

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Unidades de Saúde da Família segundo os profissionais e as famílias usuárias

A avaliação sobre as USF foi melhor entre as famílias usuárias do que entre os profissionais, no conjunto dos casos estudados. As famílias foram solicitadas a comparar as condições das atuais USF com as UBS, tendo a maioria percepção em favor das USF, superior a 50%, exceto em Vitória e Manaus. As melhores avaliações foram das famílias de Vitória da Conquista (75%) e Aracaju (80%).

Também é melhor a avaliação dos profissionais de nível superior, que abordaram três dimensões – conforto, adequação tecnológica para ações de assistência básica e trabalho de educação em saúde –, do que dos profissionais de nível médio.

Menos de 40% dos profissionais de nível superior pesquisados em todos os casos consideraram que a USF "permite atendimento de forma confortável para os usuários e profissionais". Essa primeira dimensão foi muito mal avaliada entre os profissionais de Goiânia, onde apenas 10% consideraram que a unidade permite o atendimento de forma confortável e, em Manaus, onde recebeu somente 2% das repostas dos profissionais. Em Vitória da Conquista, destacou-se a aprovação de 56% dos profissionais de nível superior, para os quais a unidade "contém a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde", embora ofereça "condições para reuniões de grupos de risco" somente para 15%. Relação oposta se apresentou em Vitória, onde apenas 27% consideraram a unidade adequada tecnologicamente e 52% indicaram permitir promover reuniões de grupos de risco. Nos demais municípios, observou-se menor discrepância entre as duas dimensões.

Os profissionais de nível médio que melhor avaliaram a USF foram os de Vitória da Conquista, onde 52% dos auxiliares de enfermagem e ACS consideraram a USF "adequada ao conjunto das atividades". O município onde as unidades tiveram a pior avaliação foi Manaus.

Quadro 76: **Avaliação da adequação do espaço físico das USF por integrantes das ESF e famílias pesquisadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Indicadores (%)	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
Profissionais de nível superior consideram que o espaço físico da USF								
Permite atendimento de forma confortável para os usuários e profissionais	39,6	34,6	40,6	30,2	21,3	9,6	1,8	27,0
Contém a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde	47,2	34,6	56,3	27,0	19,1	39,4	8,9	41,9
Permite promover reuniões de grupos de risco ou educação em saúde	47,2	46,2	15,6	52,4	33,0	29,8	8,9	54,1
ACS e Aux. de Enfermagem consideram USF: adequada ao conjunto das atividades	28,8	26,3	52,4[1]	28,4	26,6	16,2[1]	30,0	43,2
Famílias consideram melhor USF do que as UBS: condições de dar bom atendimento	69,2	52,4	75,0	48,7	80,9	63,6	44,8	51,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] No questionário utilizado em Vitória da Conquista e Goiânia, a pergunta era se a USF oferece conforto aos usuários e profissionais.

A título de conclusão sobre o eixo trabalho em equipe, pode-se observar que o estudo de casos permitiu a análise abrangente de aspectos muito difundidos sobre a sustentabilidade do PSF, corroborando análises anteriores e iluminando novas facetas, considerado seu enfoque social ampliado e objetivos de inclusão social.

O perfil da equipe em termos de composição etária e de gênero respondeu à perspectiva de criar renda e emprego, no setor, para grupos menos favorecidos, especialmente jovens e mulheres, mesmo que esse potencial se dê a partir de uma relação por vezes informal e com vínculos freqüentemente

precários, que podem comprometer a continuidade da política. Observou-se, ainda, que essas características influenciaram na motivação dos membros menos qualificados da equipe. A remuneração diferencial dos profissionais mais capacitados serviu de atrativo, embora nem sempre garantisse a fixação do profissional. Oferecer uma atenção focalizada e, ao mesmo tempo, buscar reorganizar a atenção no âmbito municipal também foi fator motivador da escolha dos profissionais.

O aspecto mais vulnerável da organização do trabalho de equipe é a capacitação dos profissionais que compõem a ESF multiprofissional, tanto por dificuldades do aparelho formador em adequar-se às mudanças assistenciais pretendidas, quanto pela insuficiência dos Pólos estaduais em atender todas as demandas para a educação continuada dos diversos profissionais, bem como pela incipiente organização de uma estrutura de supervisão que respalde o fortalecimento da nova divisão de trabalho e a efetivação do processo interativo dos diversos agentes em torno dos cuidados e da promoção da saúde.

Vínculos estabelecidos entre profissionais das ESF e famílias adscritas

Eixo que possibilita analisar um dos principais objetivos da estratégia Saúde da Família e constitui importante característica de transformação do modelo assistencial.

Aspectos que potencialmente promovem a criação de vínculos de responsabilidade e confiança entre ESF e comunidade adscrita são: atenção à saúde de qualidade, oportuna, integral, resolutiva e contínua; permanência dos integrantes das ESF; percepção dos integrantes das ESF da importância de criação e manutenção de vínculos com a comunidade; conhecimento das ESF sobre os problemas da comunidade; Conselho Local de Saúde atuante; e possibilidade dos usuários apresentarem sugestões e reclamações.

Nesse eixo, foram selecionados alguns dos resultados da pesquisa que informam sobre a constituição de vínculos: atendimento e avaliação das famílias pesquisadas pelas ESF, incluindo as atividades realizadas pelos ACS e a existência, ou não, de problemas nos atendimentos; acompanhamento de grupos e situações de vida priorizadas; percepção dos integrantes das ESF sobre indicadores de vínculos e comparação das famílias entre serviços prestados na USF e nas unidades básicas; e satisfação das famílias pesquisadas com o PSF, incluindo aspectos positivos e negativos do PSF e propostas de manutenção ou modificação das atividades realizadas.

Atendimento pelas ESF e avaliação das famílias pesquisadas

No mês anterior à pesquisa, em mais da metade das famílias usuárias do PSF pesquisadas nos municípios, um de seus integrantes tivera contato para atendimento, exceto em Camaragibe e Palmas, em que isso aconteceu com pouco menos da metade das famílias pesquisadas. Nesse atendimento, foram incluídas as visitas domiciliares e a assistência prestada nas USF, envolvendo todos os integrantes das ESF, inclusive os agentes comunitários de saúde. Foram observados, em Vitória (97%), Aracaju (73%)

e Vitória da Conquista (72%), percentuais elevados de famílias que haviam entrado em contato para atendimento com integrantes das ESF.

Os profissionais que realizaram o atendimento foram, principalmente, os agentes comunitários de saúde, cujo atendimento preponderou em cinco dos oito municípios pesquisados, com percentuais que variaram entre um mínimo de 40%, em Brasília, e um máximo de 57%, em Camaragibe; e os médicos, que atenderam maior percentual de famílias em Goiânia (65%), Vitória da Conquista (51%) e Aracaju (46%).

Os enfermeiros das ESF desempenharam pequeno papel assistencial no mês anterior à pesquisa, principalmente em Goiânia e em Brasília, onde realizaram menos de 7% dos atendimentos. Nas demais cidades, os enfermeiros foram responsáveis por mais de 10% dos atendimentos, alcançando percentuais mais elevados em Aracaju e Manaus, onde realizaram 16% e 15% das ações assistenciais, respectivamente.

Os auxiliares de enfermagem tiveram participação significativa nos atendimentos prestados no mês anterior às famílias usuárias do PSF pesquisadas em Brasília (19%), superando a participação de enfermeiros no próprio Distrito Federal e também os percentuais mais elevados de atendimento por enfermeiros em todos os municípios pesquisados. No entanto, desempenharam um papel extremamente reduzido nos atendimentos realizados em Manaus, Vitória da Conquista e Aracaju, locais onde realizaram menos de 2% dos contatos assistenciais. Em Camaragibe, Palmas e Goiânia, foram responsáveis por 5 a 6% dos atendimentos.

Em todos os municípios, exceto Goiânia, a maioria (83% ou mais) das pessoas conhecia o profissional que realizou o atendimento, percentual que atingiu 95% em Camaragibe e Manaus. Em Goiânia, município em que a maior parte das famílias tinha entrado em contato para atendimento com o médico (65%) e o ACS (23%), cerca de 62% dos entrevistados informaram conhecer o integrante da ESF que prestou a atividade assistencial. Noventa e sete por cento ou mais das famílias atendidas consideraram que o profissional fora atencioso, avaliação que atingiu 100% das famílias em Camaragibe e Vitória da Conquista.

Para a maioria das famílias entrevistadas que recebeu atendimento no mês anterior à pesquisa, em todos os municípios, o profissional fornecera informações sobre o estado de saúde da pessoa atendida. A avaliação desse aspecto do atendimento apresentou seu percentual mais reduzido em Manaus (74%) e o mais elevado em Vitória da Conquista (100%), observando-se em todas as cidades pesquisadas uma avaliação um pouco mais crítica das famílias nesse aspecto, quando comparado com a amabilidade do profissional.

Mais de 70% das famílias pesquisadas nos grandes centros urbanos, exceto Palmas e Brasília, consideraram que o profissional que prestou o atendimento demonstrara ter conhecimentos para resolver o problema de saúde apresentado pelo usuário. Em Palmas, cidade em que a maior parte das famílias recebera atendimento dos ACS (47%) e médicos (33%), foi observado o menor percentual de avaliação positiva quanto à capacidade do profissional resolver o problema apresentado (59%), assim como em Brasília (61%). Em todos os municípios pesquisados, observaram-se percentuais decrescentes de avaliação positiva pelas famílias do profissional que realizou o atendimento nos três aspectos selecionados, ou seja, mais famílias consideraram que o profissional foi mais atencioso do que fornecera informações sobre o estado de saúde da pessoa atendida ou do que demonstrara ter

conhecimento técnico para resolver o problema apresentado. A única exceção foi em Camaragibe, onde maior número de famílias avaliou mais positivamente o conhecimento técnico do profissional do que o fornecimento de informações.

Quadro 77: **Atendimento pelas ESF no último mês e avaliação das famílias, PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Famílias atendidas	Profissional que atendeu				Avaliação do profissional			
		M	E	AE	ACS	Usuário conhecia	Atencioso	Informou estado saúde	Conhec. técnico
Camaragibe	46,6	26,1	10,9	5,1	56,5	94,9	100,0	95,7	97,8
Palmas	64,6	32,6	12,9	5,8	46,9	90,6	98,2	88,2	58,5
Vitória da Conquista	72,2	50,7	13,7	1,4	28,8	91,8	100,0	100,0	91,8
Vitória	97,1	39,2	10,1	4,0	43,7	91,0	96,5	92,5	90,5
Aracaju	72,9	46,4	15,7	1,8	28,9	82,5	98,2	83,9	79,6
Goiânia	52,0	65,4	5,8	5,8	23,1	61,5	98,1	86,6	80,8
Manaus	58,9	27,6	15,1	1,0	55,8	94,5	99,5	73,4	69,8
Brasília	47,5	31,8	7,0	18,5	39,5	89,8	99,4	80,9	60,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Em todos os municípios pesquisados, exceto Brasília, mais de 70% das famílias recebem atendimentos dos ACS com freqüência mínima mensal. Em Brasília, esse percentual foi de 58% e, em Vitória da Conquista, atingiu 93%. Essa informação permite inferir que os ACS, de maneira geral, não conseguem cumprir a meta de visitar mensalmente as famílias de sua área de abrangência. Vitória da Conquista, Palmas e Camaragibe foram as cidades em que os ACS mais se aproximaram do cumprimento dessa meta.

Para os outros integrantes das ESF, não há uma norma ou um parâmetro que permita avaliar a freqüência de atendimentos realizados. Entre 11% (Goiânia) e 33% (Brasília) das famílias pesquisadas mencionaram ser atendidas, no mínimo, uma vez por mês por auxiliares de enfermagem. Em média, 20% das famílias informaram atendimento mensal por auxiliar de enfermagem, porém podem ser identificados três grupos de municípios, segundo o percentual de famílias que são atendidas mensalmente por esses profissionais – entre 11 e 14% (Goiânia, Aracaju e Palmas), entre 15 e 25% (Manaus e Vitória) e acima de 25% (Vitória da Conquista, Camaragibe e Brasília).

Entre as famílias pesquisadas, em média 23% informaram receber atendimento de enfermagem no mínimo uma vez por mês. No entanto, o percentual de famílias atendidas por enfermeiros com essa freqüência variou entre 13% (Brasília) e 38% (Vitória da Conquista). Na maior parte dos municípios, os enfermeiros ficaram em terceiro lugar na ordem de profissionais que mais atenderam as famílias, exceto em Camaragibe e Brasília, onde ficaram em quarto lugar, suplantados pelos auxiliares de enfermagem. Isso sugere ou um pequeno número de profissionais de enfermagem ou um baixo papel assistencial desse profissional.

O atendimento mensal por dentista informado pelas famílias pesquisadas foi muito baixo e, inclusive, inexistente em Goiânia. Apenas em Vitória da Conquista e Aracaju, 13 a 14% das famílias informaram ser mensalmente atendidas por dentistas. Nas demais cidades, esse percentual ficou abaixo de 6%, revelando a inexistência ou um número ainda restrito de equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas.

No conjunto dos municípios estudados, em média cerca de 31% das famílias recebem atendimento médico no mínimo uma vez por mês. Em geral, os médicos constituem o segundo integrante da ESF que mais realiza atendimentos, abaixo apenas dos ACS. Em Brasília, as famílias informaram ser atendidas mensalmente mais por auxiliares de enfermagem do que por médicos, o que indica um número pequeno ou insuficiente desses profissionais. Considerando uma população adscrita de número constante e os parâmetros informados pelas famílias pesquisadas, em Vitória, as famílias receberiam 5 consultas médicas/ano. Em Camaragibe, Vitória da Conquista e Manaus, cada família receberia no máximo 4,5 consultas/ano; em Palmas, no máximo 3,5 consultas/ano; em Aracaju e Goiânia, as famílias receberiam no máximo 2,5 consultas/ano; e, em Brasília, nem todas as famílias conseguiriam receber 2 consultas/ano.

Quadro 78: Atendimento mínimo mensal das famílias usuárias do PSF pesquisadas por tipo de profissional da ESF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	ACS	Auxiliar de Enfermagem	Enfermeiro	Dentista	Médico
Camaragibe	84,6	28,4	27,9	5,0	39,2
Palmas	87,9	14,1	18,7	2,1	26,3
Vitória da Conquista	93,3	26,9	37,5	14,4	38,5
Vitória	78,0	20,9	21,7	2,5	45,8
Aracaju	75,0	12,1	22,5	12,5	23,7
Goiânia	71,0	11,0	17,0	0,0	21,0
Manaus	74,6	17,4	22,3	2,0	35,2
Brasília	58,3	32,9	13,4	5,5	17,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Conhecimento e avaliação das famílias sobre as atividades realizadas por ACS

Observou-se elevado grau de conhecimento das famílias pesquisadas sobre o ACS responsável por sua área de moradia. Em todos os municípios, mais de 96% informaram conhecer o ACS, percentual que atingiu 100% em Camaragibe e Vitória da Conquista. Noventa e três por cento ou mais das famílias pesquisadas informaram já ter sido visitadas alguma vez pelo ACS, excluindo-se as que declararam que a visita domiciliar fora apenas para cadastramento. Mais de 81% das famílias consideraram a visita domiciliar realizada pelo ACS como ótima ou boa, observando-se a avaliação positiva mais elevada em Palmas e a mais reduzida em Brasília (81%).

Cerca de dois terços ou mais dos entrevistados afirmaram que o ACS responsável por sua área de moradia conhecia os problemas de saúde de sua família, principalmente em Vitória, em que 86% manifestaram essa opinião. Nesse aspecto, a única exceção foi em Goiânia, na qual 67% dos entrevistados declararam que o ACS conhecia os problemas de saúde de sua família. Magnitude semelhante de entrevistados (73% e mais) afirmou também que o ACS conhecia os problemas de saúde de sua comunidade, constituindo, novamente, Goiânia a exceção, pois cerca de 59% dos entrevistados tiveram essa avaliação. Apenas em Manaus e Brasília, maior percentual de entrevistados considerou que o ACS conhecia os problemas de saúde da comunidade em relação ao conhecimento que tinha dos problemas de saúde de sua família. Nos demais municípios, mais famílias avaliaram que o ACS conhecia mais os problemas de saúde de sua família do que os da comunidade.

No conjunto de cidades pesquisadas, 86% ou mais famílias consideraram que o ACS estabelece um bom relacionamento com as pessoas que acompanha. Esse percentual verificado em Goiânia foi o mais reduzido, observando-se nas demais cidades avaliações positivas quanto ao relacionamento estabelecido pelo ACS, superiores a 92%. Mais de 83% das famílias pesquisadas nos grandes centros urbanos, excetuando-se Goiânia, informaram que o ACS fornece orientações a respeito de cuidados de saúde. Em Goiânia, 72% das famílias responderam afirmativamente essa pergunta.

Quadro 79: **Conhecimento e avaliação das famílias sobre os ACS e as atividades realizadas (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Conhece ACS	Recebeu visita(*)	Avaliação visita ótima e boa	ACS conhece problemas de saúde da		Bom relacionamento	Fornece orientações
				Família	Comunidade		
	100,0	98,7	87,3	81,8	73,0	95,8	93,7
Palmas	98,3	95,4	89,8	84,0	77,4	97,9	91,6
Vitória da Conquista	100,0	...	...	82,7	78,9	92,3	89,4
Vitória	98,7	93,3	85,9	86,0	73,3	98,2	93,1
Aracaju	97,9	97,9	85,2	78,7	75,7	97,0	89,6
Goiânia	96,0	...	...	66,7	59,4	86,4	71,8
Manaus	98,8	94,9	85,8	72,6	74,8	98,2	90,7
Brasília	97,5	96,2	81,4	73,8	76,0	95,6	83,2

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Excluídas visitas apenas para cadastramento.

Os agentes comunitários de saúde devem realizar, nas visitas domiciliares às famílias de sua área de abrangência, um conjunto vasto e diversificado de ações direcionadas a, dentre outros, "identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco, acompanhar mensalmente todas as famílias sob sua responsabilidade, desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças" (BRASIL, 2001, p. 78). Desses objetivos, resultou uma lista contendo 19 tipos de orientações que o ACS pode fornecer durante as visitas domiciliares. Algumas delas são de caráter geral – prevenção de doenças, identificação de doentes, prevenção de aids, etc. – e outras dependem da composição e características das famílias, isto é, da presença de crianças menores de 2 anos, gestantes, idosos, pessoas permanentemente acamadas, etc.

Os estudos piloto realizados em Vitória da Conquista e Goiânia evidenciaram problemas nessa parte do questionário dirigido às famílias usuárias do PSF, com elevado número de famílias que não souberam avaliar as atividades selecionadas, misturadas às famílias para as quais esse tipo de orientação 'não se aplicava'. Para a pesquisa nos demais municípios, essa parte do questionário foi revista e modificada, com o objetivo de garantir que, apenas as famílias que já tivessem recebido a orientação, avaliassem a capacidade do ACS em realizar essa orientação específica. Dessa forma, foi possível diferenciar a cobertura assistencial da atividade da avaliação das famílias que efetivamente receberam a orientação.

Foram estabelecidos parâmetros para a cobertura assistencial das atividades realizadas pelos ACS: ótima (80-100%), boa (60-79,9%), regular (50-69,9%), insuficiente (30-49,9%) e precária (menos de

29,9%). Dependendo do tipo de orientação, o cálculo da cobertura assistencial foi realizado considerando todas as famílias pesquisadas ou apenas famílias compostas por pessoas de determinados grupos de idade.

Todas as famílias devem receber orientações sobre prevenção de doenças, prevenção de aids e uso do soro de reidratação oral. Em todos os municípios pesquisados, foi possível verificar que os ACS fornecem mais orientações sobre prevenção de doenças e uso do soro de reidratação oral do que sobre prevenção de aids.

Orientações sobre como prevenir doenças foram fornecidas a cerca de dois terços das famílias pesquisadas em todas as cidades, excetuando-se Goiânia e Brasília, onde a cobertura assistencial dessa atividade foi de 51% e 59%, respectivamente. As famílias de Palmas informaram a cobertura mais elevada (80%). A maioria das famílias que recebeu essa orientação avaliou como boa ou ótima a capacidade do ACS em fornecê-la. O menor percentual de avaliação positiva das famílias foi verificado em Vitória da Conquista (77%).

Entre 31% e 71% das famílias pesquisadas informaram ter recebido orientações sobre o uso do soro de reidratação oral. As menores coberturas assistenciais dessa atividade foram observadas em Goiânia e Vitória e a mais elevada em Vitória da Conquista. Oitenta e nove por cento ou mais das famílias avaliaram como ótima ou boa a capacidade do ACS em fornecer essa orientação, excetuando-se em Vitória da Conquista, onde o percentual foi mais reduzido (74%).

A cobertura assistencial de orientações relacionadas com a prevenção de aids foi entre 23% (Brasília) e 56% (Vitória da Conquista), muito inferior aos outros dois tipos de orientações abrangentes, isto é, que devem ser fornecidas a todas as famílias visitadas. Mais de 93% das famílias que receberam a orientação consideraram a capacidade do ACS como boa ou ótima, excetuando-se Vitória da Conquista – apenas 60% avaliaram positivamente o ACS na realização dessa atividade – e Goiânia, onde cerca de 85% consideraram que a orientação fornecida pelo ACS tinha sido boa ou ótima.

Quadro 80: **Famílias que receberam orientações dos ACS sobre prevenção de doenças e de aids e uso de soro de reidratação oral e avaliaram como ótima e boa (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Prevenção doenças		Prevenção aids		Uso soro reidratação oral	
	Orient.	Ótima e boa	Orient.	Ótima e boa	Orient.	Ótima e boa
Camaragibe	76,3	93,3	43,0	95,1	58,2	89,2
Palmas	80,0	94,4	35,1	100,0	62,7	97,2
Vitória da Conquista*	77,9	76,5	55,8	60,3	71,2	74,3
Vitória	67,0	93,2	33,0	96,8	40,7	94,5
Aracaju	74,4	91,8	33,9	95,1	63,0	92,4
Goiânia*	51,0	87,8	34,4	84,8	31,3	90,0
Manaus	74,8	94,1	39,4	92,5	58,9	91,6
Brasília	59,1	86,9	23,1	92,5	50,7	92,9

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Em Vitória da Conquista e Goiânia, foi realizada estimativa das famílias que receberam a orientação.

A cobertura assistencial das orientações dos ACS sobre cuidados com idosos foi realizada tendo por base o número de famílias com membros de 60 ou mais anos de idade, e a relativa ao acompanhamento de doentes crônicos considerou o número de famílias que informaram a presença de doentes crônicos no domicílio. De maneira geral, em todos os municípios pesquisados, os ACS fornecem mais orientações sobre cuidado de idosos do que realizam o acompanhamento de portadores de doenças crônicas durante a visita domiciliar, excetuando-se em Vitória da Conquista e Goiânia, cujos resultados podem ter sido influenciados pela forma como a pergunta foi realizada ('atividades de prevenção e promoção da saúde de idosos') e pelo menor número de famílias entrevistadas.

A cobertura assistencial das orientações dos ACS a respeito de cuidados com pessoas idosas foi entre 50% (Goiânia) e 97% (Aracaju), enquanto a de acompanhamento dos doentes crônicos foi entre 40% (Manaus) e 69% (Vitória da Conquista). Mais de 86% das famílias e até 100%, em Palmas e Vitória da Conquista, consideraram como boa ou ótima a capacidade do ACS de orientar a respeito dos cuidados com pessoas idosas, e mais de 91% e até 100%, em Palmas, das famílias entrevistadas fizeram essa mesma avaliação a respeito do acompanhamento dos doentes crônicos realizado por ACS, excetuando-se Goiânia, onde cerca de 76% avaliaram positivamente essa atividade.

Quadro 81: **Famílias que receberam orientações dos ACS sobre cuidados de idosos e de doentes crônicos e avaliaram como ótima e boa (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Cuidado idosos		Acompanhamento doentes crônicos	
	Orient.	Ótima e boa	Orient.	Ótima e boa
Camaragibe	81,7	98,3	51,5	94,3
Palmas	83,9	100,0	45,5	100,0
Vitória da Conquista*	62,1	100,0	69,4	90,7
Vitória	56,3	91,9	54,9	95,0
Aracaju	96,6	96,4	35,7	93,3
Goiânia*	50,0	85,7	67,3	75,7
Manaus	83,6	94,1	39,6	92,7
Brasília	95,1	96,6	43,8	94,3

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Em Vitória da Conquista e Goiânia, foi realizada estimativa das famílias que receberam a orientação.

A cobertura assistencial das atividades de planejamento familiar, prevenção de câncer de colo de útero e de mama, o encaminhamento das gestantes ao pré-natal e o acompanhamento do esquema de imunização de gestantes foi realizada tendo por base o conjunto de famílias pesquisadas, por se considerar que orientações relacionadas com métodos anticoncepcionais e prevenção de câncer ginecológico devem ser fornecidas a todas as famílias sob responsabilidade do ACS. Nas ações relacionadas com as gestantes, a base de cálculo dependeria do número de gestantes ao longo do período, desde a implantação do PSF em cada município, motivo pelo qual foi mantido o número total de famílias pesquisadas, porém sem poder analisar níveis de cobertura assistencial para essas atividades.

Os agentes comunitários de saúde, em todas as cidades pesquisadas, forneceram mais orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero e de mama do que sobre planejamento familiar. Inferimos a influência das campanhas realizadas pelo Ministério de Saúde, nos últimos anos, na maior cobertura assistencial da prevenção de câncer ginecológico. A cobertura das orientações sobre planejamento familiar variou entre 21% (Goiânia) e 45% (Vitória da Conquista), e mais de 93% das famílias consideraram a capacidade do ACS em realizá-la como ótima e boa, excetuando-se Goiânia e Vitória da Conquista, onde os percentuais de avaliação positiva foram 80% e 64%, respectivamente.

A cobertura assistencial das orientações sobre prevenção de câncer ginecológico foi entre 46% (Brasília) e 71% (Camaragibe), e 85% ou mais das famílias consideraram ótima ou boa a capacidade do ACS de fornecer essas orientações. Em Vitória da Conquista, a avaliação positiva restringiu-se a 59% das famílias que receberam a orientação.

Cerca de 20% das famílias pesquisadas em seis cidades informaram a realização de ações de identificação de gestantes e encaminhamento para o acompanhamento pré-natal por parte dos ACS, e mais de 87% das que receberam essas orientações e até 100% (em Palmas e Vitória) avaliaram a capacidade do ACS em fornecê-las como ótima ou boa. Cerca de 20% das famílias entrevistadas

também informaram que o ACS acompanhou o esquema de imunização das gestantes, avaliando sua capacidade em realizar essa atividade como ótima ou boa em mais de 87% dos casos, até 100% (Camaragibe e Palmas).

Quadro 82: **Famílias que receberam dos ACS orientações selecionadas e avaliaram como ótima e boa (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Planejamento familiar		Prevenção câncer colo de útero e mama		Gestantes			
					Encaminhamento pré-natal		Acompanhamento vacinação	
	Orient.	Ótima e boa	Orient.	Ótima e boa	Orient.	Ótima e boa	Orient.	Ótima e boa
Camaragibe	34,6	93,9	70,5	93,4	19,4	97,8	23,2	100,0
Palmas	30,7	98,6	67,5	92,8	18,7	100,0	20,9	100,0
Vitória da Conquista	45,2	63,8	62,5	58,5	...	...	...	...
Vitória	30,8	92,7	64,6	95,1	14,0	100,0	15,8	94,2
Aracaju	36,5	95,2	54,0	93,5	25,2	94,6	27,8	93,8
Goiânia	20,8	80,0	49,0	85,1	...	...	...	...
Manaus	26,5	96,6	54,0	91,1	17,7	87,5	18,1	87,9
Brasília	22,7	96,0	45,8	91,3	16,9	86,8	16,9	86,8

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Em Vitória da Conquista e Goiânia, foi realizada estimativa das famílias que receberam a orientação.

A cobertura assistencial das orientações dos ACS sobre prevenção de cáries e saúde bucal foi calculada considerando-se as famílias que tinham, entre seus membros, menores de 14 anos. A avaliação do acompanhamento do esquema de imunizações teve por base famílias com crianças até 5 anos de idade e as coberturas, tanto do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 2 anos quanto das orientações de incentivo ao aleitamento materno, foram calculadas a partir do número de famílias com crianças até 2 anos de idade.

As coberturas das orientações relacionadas com saúde bucal de crianças e jovens foram baixas em todos os grandes centros urbanos pesquisados, excetuando-se Vitória da Conquista, onde foi de 89%. Nos demais municípios, variou entre 37% (Palmas) e 59% (Camaragibe). Em Goiânia, a avaliação positiva da capacidade do ACS realizar essa atividade foi a mais baixa (65%), seguida por Vitória da Conquista (71%). Nas demais cidades, 92% ou mais das famílias que receberam essas orientações avaliaram como ótima ou boa.

A cobertura assistencial do acompanhamento, realizado pelos ACS, do esquema de vacinação das crianças até 5 anos de idade foi, de maneira geral, ótima ou boa, variando entre 74% (Manaus) e até 119% (Camaragibe), onde um número maior de famílias que aquelas com crianças nessa faixa etária informou ter recebido essa atividade. Possivelmente, esse fato é devido ao tempo mais longo de implantação do PSF nesse município (desde 1994). Mais de 92% das famílias avaliaram como ótima ou boa a capacidade do ACS em realizar esse acompanhamento. Em Vitória da Conquista e Goiânia, o instrumento utilizado e o pequeno número de famílias pesquisadas não permitiram o levantamento dessas informações.

A cobertura do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 2 anos pelos ACS também foi ótima ou boa em todos os grandes centros urbanos pesquisados, com exceção de Goiânia, onde a cobertura foi regular (56%). Nas demais cidades, variaram entre 65% (Manaus) e 102% (Camaragibe). Oitenta por cento ou mais das famílias, e até 100% em Vitória da Conquista, consideraram como ótima ou boa a capacidade do ACS de acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças até 2 anos de idade.

A cobertura do incentivo ao aleitamento materno foi insuficiente em Goiânia e Manaus, regular em Vitória, boa em Palmas, Vitória da Conquista e Brasília, e ótima em Camaragibe e Aracaju. Dois terços ou mais das famílias, e até 100%, em Palmas e Vitória da Conquista, consideraram boa ou ótima as orientações realizadas, pelos ACS, de incentivo ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade.

Quadro 83: Famílias que receberam dos ACS orientações selecionadas sobre saúde da criança e avaliaram como ótima e boa (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Saúde bucal		Acompanhamento imunização		Acomp. CD < 2 anos		Aleitamento materno	
	Orient.	Ótima e boa	Orient.	Ótima e boa	Orient.	Ótima e boa	Orient.	Ótima e boa
Camaragibe	59,3	94,4	119,0	95,2	102,0	89,2	83,7	90,0
Palmas	37,2	97,1	91,7	98,3	91,2	97,2	61,8	100,0
Vitória da Conquista	89,2	71,2	...	...	86,4	100,0	72,7	100,0
Vitória	41,2	96,8	94,6	95,5	80,0	94,5	56,4	95,4
Aracaju	42,5	91,6	87,0	92,1	93,4	92,4	80,3	93,0
Goiânia	37,7	65,2	...	...	55,6	80,0	44,4	75,0
Manaus	51,1	93,5	73,6	95,7	65,4	91,6	49,4	94,3
Brasília	47,4	94,0	67,2	95,2	67,2	92,9	69,0	94,8

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Em Vitória da Conquista e Goiânia, foi realizada estimativa das famílias que receberam a orientação.

A pesquisa incluiu o levantamento de informações a respeito da existência de problemas no atendimento das famílias por qualquer integrante da ESF e, em caso afirmativo, o tipo de problema ocorrido. Essa avaliação foi realizada apenas por famílias que, em alguma ocasião, tinham sido atendidas por aquele profissional específico, exceto em Vitória da Conquista e Goiânia, onde o instrumento utilizado não estabelecia esse pré-requisito, podendo interferir nos resultados. Pode-se afirmar que, diante do número de famílias atendidas, os percentuais de problemas foram bastante reduzidos.

Problemas com o auxiliar de enfermagem foram referidos por cerca de 13% das famílias entrevistadas em Vitória da Conquista e por 8%, em Manaus. Por outro lado, Palmas foi a cidade em que menor percentual de famílias informou ter tido problemas no atendimento com auxiliares de enfermagem (2%). Problemas com os enfermeiros também foram mais assinalados por famílias de Vitória da Conquista (5%) e Brasília (4%), e menos assinalados em Goiânia (1%), Camaragibe, Vitória e Manaus (2%).

As famílias de Camaragibe foram as que mais informaram a existência de problemas no atendimento por dentistas (10%), enquanto Palmas registrou o menor percentual de queixas sobre o atendimento desse grupo de profissionais (2%), sem considerar a inexistência de problemas em Goiânia e Manaus, por ausência de dentistas nas ESF.

Em Brasília, foi registrado o maior percentual de famílias que informaram ter ocorrido problemas no atendimento por médicos (10%), enquanto Vitória da Conquista e Manaus (2%) foram as cidades em que menor percentual de famílias relataram a existência de problemas nos atendimentos médicos.

No conjunto dos municípios pesquisados, o maior número de reclamações esteve relacionado com o atendimento médico (85 respostas), seguidos dos auxiliares de enfermagem (54), enfermeiros (32) e dentistas. A análise do conjunto de problemas ocorridos por cidade estudada identifica Brasília como o local em que aconteceu maior número de problemas no atendimento (34), seguida por Vitória (31) e Palmas (30). Em Goiânia (10), Camaragibe (19) e Manaus (19), os problemas no atendimento foram menos mencionados.

Quadro 84: Famílias atendidas e problemas nos atendimentos segundo o tipo de profissional das ESF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Auxiliar de enfermagem		Enfermeiro		Dentista		Médico	
	Atend.	Problemas	Atend.	Problemas	Atend.	Problemas	Atend.	Problemas
Camaragibe	82,9	2,5	82,5	2,0	10,0	10,0	92,9	4,0
Palmas	58,3	2,1	71,3	2,9	32,5	1,7	81,7	9,7
Vitória da Conquista	...	12,5	...	4,8	...	2,9	...	1,9
Vitória	59,2	7,0	67,1	1,9	32,9	2,5	85,4	8,3
Aracaju	37,1	3,4	75,0	2,8	51,7	3,2	85,0	4,4
Goiânia	...	4,0	...	1,0	...	0,0	...	4,0
Manaus	59,3	7,7	64,3	1,9	10,4	0,0	86,7	2,4
Brasília	65,8	2,5	55,4	3,8	31,3	6,7	80,4	10,4

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
Obs.: Exceto em Vitória da Conquista e Goiânia, o percentual de famílias que referiram problemas no atendimento foi calculado sobre o total de famílias atendidas em alguma ocasião pelo profissional.

Os tipos de problemas relatados foram agrupados em: profissionais pouco atenciosos; horários de atendimento inadequados, que incluía dificuldade para marcar consulta; tempo longo de espera para receber a consulta; e falta de qualidade no atendimento prestado, englobando não examinou adequadamente, contato muito rápido e não sabia resolver o problema, dentre outros. O tipo de problema mais mencionado pelas famílias foi falta de qualidade (77), ocorrido, principalmente, com os médicos (45). Em segundo lugar, foi mencionado que os profissionais foram pouco atenciosos (59), tipo de problema que também ocorreu mais com os médicos (25), mas também em número expressivo com os auxiliares de enfermagem (21). E, em terceiro lugar, as famílias mencionaram o grupo de horários inadequados envolvendo dificuldades no acesso (45), preponderantemente com enfermeiros (14), mas também com auxiliares de enfermagem (13) e médicos (12).

Prioridades no atendimento

As principais responsabilidades da Atenção Básica estão reunidas em seis grupos de ações: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Controle da Hipertensão, Controle da Diabetes Mellitus, Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase e Saúde Bucal. Para cada grupo, foram definidas responsabilidades das ESF e atividades a realizar. A pesquisa buscou verificar o grau de prioridade conferido pelos integrantes das ESF aos diferentes grupos de ações, perguntando se a ESF estabelecia alguma prioridade no atendimento da população cadastrada e solicitando que assinalassem as ações prioritárias desenvolvidas em uma lista contendo 13 itens.

Foi consensual, entre os integrantes das ESF, nos municípios pesquisados, o estabelecimento de prioridades no atendimento, com percentuais de respostas positivas que variaram entre um mínimo de 83%, assinalados por auxiliares de enfermagem em Manaus, e um máximo de 99%, que os agentes comunitários de saúde, tanto de Camaragibe quanto de Palmas, referiram.

A análise dos grupos priorizados pode ser feita comparando os percentuais assinalados entre categorias profissionais, que constituem as ESF em um mesmo município – indicando característica de homogeneidade ou heterogeneidade das atividades prioritárias entre as categorias profissionais – e entre as cidades pesquisadas por categorias profissionais semelhantes, sugerindo semelhanças e diferenças municipais de ações prioritárias.

Observaram-se diferenças, ainda que pequenas, entre os graus de prioridade conferidos às ações relacionadas com a criança, pré-natal, controle da diabetes e controle da hipertensão, pelos três grupos de profissionais no mesmo município. As exceções foram em Camaragibe e Manaus, onde os profissionais de nível superior, auxiliares de enfermagem e ACS indicaram o controle da diabetes com percentuais comparativamente mais baixos – mesmo assim elevados – do que os assinalados para os outros três conjuntos de ações, e em Palmas, onde todos os integrantes das ESF indicaram crianças e hipertensos com percentuais mais elevados do que pré-natal e controle da diabetes.

Em Vitória da Conquista e Goiânia, centros urbanos nos quais o instrumento de pesquisa utilizado para os profissionais de nível superior não continha essa pergunta, observou-se que tanto auxiliares de enfermagem quanto ACS indicaram o controle da hipertensão como grupo de maior prioridade.

Em todos os municípios pesquisados, os profissionais de nível superior assinalaram o grupo de crianças, seguido do controle da hipertensão, como os mais priorizados. Os auxiliares de enfermagem informaram conferir maior prioridade para crianças e hipertensos e um pouco menos para o pré-natal, enquanto os ACS conferiam maior prioridade para o controle da hipertensão e menor para o controle da diabetes. Portanto, de maneira geral, observa-se que o grupo de hipertensos constitui a primeira prioridade, seguido de saúde da criança.

Quadro 85: **Prioridade no atendimento segundo os integrantes das ESF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Prioridade no atendimento			Criança			Pré-natal			Diabetes			Hipertensão		
	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS
Camaragibe	94,3	96,6	99,5	88,7	100,0	97,3	86,8	96,4	96,8	86,8	82,1	96,2	88,7	89,3	97,8
Palmas	98,1	96,3	99,4	92,3	96,2	98,2	92,3	92,3	95,7	92,3	96,2	92,6	92,3	100,0	96,9
Vitória da Conquista*	...	...	...	...	66,7	87,6	...	87,8	89,7	...	78,3	81,6	...	95,0	96,2
Vitória	96,8	92,1	95,5	87,3	90,0	94,6	87,3	92,9	80,2	87,3	95,7	80,7	90,5	98,6	91,6
Aracaju	94,7	96,8	97,8	91,5	96,7	86,9	86,2	93,3	96,6	86,2	96,7	93,8	87,2	96,7	95,5
Goiânia*	...	...	...	...	77,1	77,1	...	85,9	86,5	...	89,9	89,3	...	96,4	96,7
Manaus	98,2	83,0	93,1	92,9	93,9	83,1	89,3	93,9	81,6	85,7	89,8	81,2	85,7	91,8	85,1
Brasília	95,2	89,5	98,3	89,2	96,8	93,0	83,8	94,7	85,2	78,4	95,7	86,1	82,4	97,9	89,6

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
*Em Vitória da Conquista e Goiânia, a resposta corresponde a grupos que exigem mais cuidados. Para crianças, considerou-se de 0 a 1 ano.

Entretanto, os percentuais assinalados por todos os grupos de integrantes das ESF, para os quatro conjuntos de ações selecionados, foram tão elevados que as diferenças e semelhanças observadas foram pequenas. Com a hipótese de que diferenças mais acentuadas poderiam surgir na análise da prioridade conferida para outros grupos, escolhemos para analisar controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde dos adolescentes e saúde dos idosos, apenas os dois primeiros incluídos nos seis principais conjuntos de ações das ESF.

As informações dos integrantes das ESF em Camaragibe, Vitória da Conquista e Aracaju mostraram-se homogêneas com uma mesma ordem de prioridade para os quatro grupos selecionados. Em Camaragibe, todos indicaram idosos, eliminação da hanseníase, controle da tuberculose e saúde do adolescente, enquanto, em Aracaju, a ordem de prioridade foi idosos, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e saúde do adolescente. Em Vitória da Conquista, onde apenas as percepções dos auxiliares de enfermagem e dos ACS foram pesquisadas, a ordem de prioridade foi semelhante à de Aracaju. Portanto, além da homogeneidade entre os integrantes das ESF, essas cidades apresentaram semelhanças também por, entre esses quatro grupos de ações, conferirem maior prioridade para os idosos e menor para os adolescentes.

Em Vitória e Brasília, observaram-se diferenças de prioridade entre os três grupos de profissionais das ESF, constituindo, nesse aspecto, as cidades mais heterogêneas. Em Palmas, Goiânia e Manaus, existiram diferenças e semelhanças entre os integrantes das ESF. Por exemplo, em Palmas, coincidiram a respeito dos grupos de menor prioridade – controle da tuberculose e saúde do adolescente –, mas não sobre os de maior prioridade. Em Goiânia e Manaus, os membros das ESF coincidiram no grupo de maior prioridade – idosos – e no de menor prioridade – saúde do adolescente –, discordando da

ordem dos grupos intermediários. Observou-se, portanto, que entre os quatro conjuntos de ações analisados, era conferida maior prioridade aos idosos e menor prioridade aos adolescentes.

A análise entre os municípios, por grupos de integrantes das ESF, indicou mais diferenças do que semelhanças nas prioridades estabelecidas entre auxiliares de enfermagem do que entre os profissionais de nível superior e os ACS. Esses últimos, embora com diferenças, apresentaram uma tendência similar: os profissionais de nível superior, de conferir prioridade aos grupos de idosos, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e saúde do adolescente, e os auxiliares de enfermagem, na seqüência decrescente de idosos, eliminação da hanseníase, controle da tuberculose e saúde do adolescente. Portanto, novamente coincidindo, tanto nos municípios quanto nesses dois grupos de integrantes das ESF, no estabelecimento de maior prioridade para idosos e menor para adolescentes.

Quadro 86: Prioridade no atendimento segundo integrantes das ESF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Adolescentes			Idosos			Tuberculose			Hanseníase		
	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS	NS	AE	ACS
Camaragibe	50,9	60,7	67,7	81,1	96,4	96,8	71,7	60,7	81,2	77,4	64,3	86,0
Palmas	34,6	46,2	48,5	84,6	96,2	88,3	76,9	76,9	85,3	82,7	96,2	91,4
Vitória da Conquista*	...	13,3	11,5	...	73,3	75,6	...	31,7	21,4	...	23,3	14,5
Vitória	41,3	50,0	92,1	65,1	75,7	50,0	61,9	60,0	93,6	58,7	48,6	53,5
Aracaju	45,7	63,3	35,2	85,1	90,0	92,6	73,4	83,3	67,0	72,3	80,0	61,9
Goiânia*	...	19,3	22,9	...	75,4	81,2	...	31,6	31,4	...	24,6	37,6
Manaus	35,7	30,6	25,7	80,4	87,8	80,5	57,1	63,3	52,5	51,8	65,3	53,6
Brasília	45,9	50,0	43,5	74,3	94,7	91,3	40,5	51,1	47,8	41,9	47,9	53,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Acompanhamento dos grupos e situações de vida priorizadas

No conjunto de grandes centros urbanos pesquisados, observou-se elevado percentual de famílias que informaram a existência de portadores de doenças crônicas – mais de 50% e até 67% (Brasília) dos domicílios pesquisados, exceto em Palmas (37%). Hipertensão arterial e diabetes constituíam a maior parte das doenças crônicas referidas, verificando-se, em média, de 3 a 4 domicílios com hipertensos para uma residência com diabéticos, excetuando-se Vitória da Conquista, em que a relação foi próxima a 5:1, e em Aracaju e Manaus, onde a relação foi cerca de 2:1. Por outro lado, a proporção de gestantes foi reduzida (ao redor de 4% dos domicílios), principalmente em Vitória da Conquista e Goiânia, onde foram pesquisadas apenas 100 famílias usuárias do PSF. As proporções mais elevadas de gestantes foram encontradas em Vitória, Brasília (ao redor de 5%) e Aracaju (ao redor de 6%). Existiam crianças menores de 2 anos em cerca de 20% dos domicílios pesquisados, com proporções mais baixas em Manaus e mais altas em Aracaju.

O número de famílias com idosos permanentemente acamados variou entre apenas 1, em Palmas e Brasília, e 8, em Vitória, cidade em que foi verificado, entre as famílias pesquisadas, o percentual mais alto de moradores com 65 anos ou mais de idade.

A maior parte dos portadores de doenças crônicas nas famílias pesquisadas eram acompanhados ou recebiam tratamento em algum serviço de saúde, exceto em Brasília, onde cerca de 67% afirmaram não ser acompanhados. Percentuais acima de 30% de portadores de doenças crônicas sem qualquer acompanhamento de saúde foram verificados entre as famílias pesquisadas em Aracaju e Manaus, enquanto Vitória, Camaragibe e Goiânia foram as cidades em que os portadores de doenças crônicas informaram percentuais mais altos com acompanhamento de saúde.

As ESF eram responsáveis pelo acompanhamento de saúde de mais de 60% dos portadores de doenças crônicas que recebiam tratamento de saúde em todos os municípios, principalmente em Vitória, onde a cobertura assistencial das ESF atingiu 79%, e excetuando-se Goiânia, que apresentava o menor índice de cobertura desse grupo por parte das ESF (35%).

Quadro 87: Portadores de doenças crônicas em famílias usuárias do PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Famílias com doentes crônicos		Idoso acamado[1]		Sem tratamento[2]	Acompanhados ESF + ACS[3]
	N	%	N	%	%	%
Camaragibe	136	56,7	3	1,3	11,8	72,5
Palmas	88	36,7	1	0,4	22,7	60,3
Vitória da Conquista	62	59,6	2	1,9	24,2	62,9
Vitória	144	60,0	8	3,3	8,3	78,8
Aracaju	126	52,5	6	2,5	31,7	65,1
Goiânia	55	55,0	2	2,0	17,0	34,5
Manaus	139	57,7	5	2,1	36,0	70,7
Brasília	160	66,7	1	0,4	66,7	65,0

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
(1) Pessoa idosa permanentemente acamada.
(2) Percentual de famílias com portadores de doenças crônicas que não são acompanhados por qualquer serviço de saúde.
(3) Percentual do total de portadores de doentes crônicos sob acompanhamento de saúde.

Cerca de 60% ou mais dos portadores de doenças crônicas que recebiam acompanhamento de saúde faziam uso diário de medicamentos, percentual que atingia 79% em Vitória, e, excetuando-se Manaus, onde as famílias entrevistadas informaram que menos da metade (45%) tomava remédios diariamente. Os medicamentos eram obtidos principalmente nas USF e em serviços públicos que não de Saúde da Família. Em Aracaju, menos da metade dos portadores de doenças crônicas sob acompanhamento de saúde obtinham os remédios na USF, enquanto, em Camaragibe, esse percentual atingia 77%. O instrumento utilizado em Vitória da Conquista, além de admitir mais de uma resposta, não discriminava o local de obtenção dos medicamentos entre USF e serviços públicos que não de Saúde da Família. Além dessas duas cidades, verificou-se que, em Brasília, um quarto dos portadores de doenças crônicas recorriam a outros serviços públicos que não a USF para conseguir os remédios, enquanto nos demais municípios, esse percentual foi em torno de 10%. Percentuais mais elevados de compra direta na farmácia foram observados em Goiânia, onde o instrumento utilizado permitia assinalar mais de uma resposta, mas também, em Palmas e Aracaju, em que cerca de 45% dos portadores de doenças crônicas tinham que realizar esse gasto.

Quadro 88: Portadores de doenças crônicas em uso diário de medicamentos e local de obtenção, oito grandes centros urbanos, PSF, Brasil, 2002

Município	Uso diário de medicamentos[1] (%)	Local obtenção medicamentos (%)		
		USF	Outros serviços públicos	Compra
Camaragibe	75,7	76,7	13,6	18,4
Palmas	65,9	50,0	10,3	44,8
Vitória da Conquista	67,8	...	73,3[2]	33,3[2]
Vitória	79,2	73,7	8,8	21,1
Aracaju	61,1	45,5	11,7	46,8
Goiânia	69,1	...	52,4[2]	69,0[2]
Manaus	44,6	59,7	11,3	24,2
Brasília	57,7	49,5	24,8	26,7

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] Percentual do total de portadores de doentes crônicos sob acompanhamento de saúde.
[2] Em Vitória da Conquista e Goiânia, a pergunta admitia mais de uma resposta e as opções discriminavam apenas serviços públicos e compra direta na farmácia.

Como, em Vitória da Conquista e Goiânia, o instrumento de pesquisada utilizado não levantou informações a respeito dos portadores de diabetes e de hipertensão arterial, analisamos algumas das atividades realizadas para portadores de doenças crônicas, além das anteriormente apresentadas, apenas para esses dois municípios.

Tanto em Vitória da Conquista quanto em Goiânia, percentual igual de portadores de doenças crônicas sob tratamento de saúde recebem acompanhamento mensal por qualquer serviço ou profissional de saúde (47%). Entretanto, observam-se importantes diferenças entre essas duas cidades, quando analisadas as atividades realizadas com aqueles que são acompanhados pelas ESF: em Vitória

da Conquista, maior percentual de doentes crônicos recebe, no mínimo uma vez por mês, orientações individuais, orientações em grupo (ambas com três vezes o percentual verificado em Goiânia), medicamentos e consultas de enfermagem. Os portadores de doenças crônicas sob acompanhamento das ESF, em Goiânia, recebem mais consultas médicas com freqüência mínima mensal.

Nos dois municípios, o profissional que atende os doentes crônicos freqüentemente é o ACS, seguido do médico. O atendimento por médicos, em Goiânia, é mais freqüente que em Vitória da Conquista, mas ninguém informou ser atendido por enfermeiros que, em Vitória da Conquista, constituem os profissionais que mais atendem, cerca de 7% dos doentes crônicos. O percentual de atendimentos por auxiliares de enfermagem foi reduzido nos dois municípios.

Quadro 89: Portadores de doenças crônicas e atendimentos recebidos em Vitória da Conquista e Goiânia, PSF, Brasil, 2001

Portadores de doenças crônicas	Vitória da Conquista	Goiânia
Número de famílias com doentes crônicos	62	55
% de famílias com portadores de doentes crônicos	59,6	55,0
% portadores com acompanhamento no mínimo mensal *	46,8	47,4
Atividades com freqüência mínima mensal para doentes crônicos acompanhados pelas ESF		
Orientações individuais	66,1	27,3
Orientações em grupo	29,0	9,0
Fornecimento de medicamentos	58,1	40,0
Consulta médica	37,1	45,5
Consulta de enfermagem	24,2	21,8
Profissional que atende com maior freqüência		
Médico	17,7	23,6
Enfermeiro	6,5	0,0
Auxiliar de Enfermagem	1,6	1,8
Agentes comunitários de saúde	61,3	49,2

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Percentual do total de portadores de doentes crônicos sob acompanhamento de saúde.

A proporção de domicílios pesquisados com portadores de diabetes foi relativamente baixa – em média 10% das residências –, entretanto, foram observadas situações municipais diversificadas, variando entre 4% (Palmas) e 13% (Camaragibe e Manaus). A proporção de famílias que informaram que os diabéticos não recebiam qualquer acompanhamento de saúde foi elevada em Palmas (31%), Manaus (29%) e Brasília (26%), verificando-se, em Camaragibe, o menor percentual de famílias em que os portadores de diabetes não estavam sob acompanhamento (7%).

Em todos os municípios pesquisados, as ESF realizavam o acompanhamento de saúde de metade ou mais do total de diabéticos, exceto em Brasília, onde acompanhavam apenas 39%. Cerca de 80% dos portadores de diabetes existentes entre as famílias pesquisadas em Camaragibe recebiam acompanhamento das ESF e, em Vitória, atendiam 62%. Nas demais cidades, o percentual ficou em torno de 50%.

Entre os diabéticos que eram acompanhados por qualquer serviço de saúde, 55% ou mais dos casos eram atendidos no mínimo uma vez por mês. Essa proporção atingia 71% em Vitória e 65% em Manaus, mas apenas 56% em Palmas.

Quadro 90: Portadores de diabetes em famílias usuárias do PSF e atendimentos recebidos, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Famílias com diabéticos		Sem tratamento[1]	Acompanhados ESF + ACS[2]	Acomp. mínimo mensal[3]
	N	%	%	%	%
Camaragibe	31	12,9	6,5	81,3	58,6
Palmas	13	3,8	30,8	53,8	55,5
Vitória	27	9,2	14,8	62,1	70,9
Aracaju	28	11,6	7,1	54,8	58,6
Manaus	31	12,9	29,0	50,0	65,3
Brasília	31	8,3	25,8	38,7	58,3

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] Percentual de famílias com portadores de diabetes que não são acompanhados por qualquer serviço de saúde.
[2] Percentual do total de portadores de diabetes acompanhados pelas ESF.
[3] Percentual do total de portadores de diabetes sob acompanhamento de saúde.

Os portadores de diabetes acompanhados pelas ESF recebiam, com freqüência mínima mensal, mais orientações individuais do que em grupo. Em quatro dos seis grandes centros urbanos, a proporção de orientações era duas ou mais vezes de caráter individual do que em grupo. Em Palmas e Vitória, foram observados os maiores percentuais de diabéticos, acompanhados pelas ESF, que recebiam orientações em grupo no mínimo uma vez por mês, atividade que, apenas em Palmas, era oferecida a mais da metade dos portadores de diabetes acompanhados pelas ESF. Excetuando-se Palmas, nos demais municípios pesquisados, 65% ou mais dos portadores de diabetes acompanhados pelas ESF recebiam medicamentos mensalmente. Essa proporção, que atingia 78% em Vitória, era de apenas 14% em Palmas.

Consultas médicas mensais eram prestadas a 60-70% dos portadores de diabetes em Palmas, Vitória e Manaus (72%), mas a 47% ou menos dos diabéticos em Camaragibe, Aracaju e Brasília (42%). Apenas em Palmas (57%), Aracaju e Manaus, cerca de metade dos diabéticos recebia consultas mensais de enfermagem, atendimento prestado a cerca de 30% dos diabéticos em Vitória e Brasília, e a apenas 23% em Camaragibe. Em Aracaju, o mesmo percentual de portadores de diabetes acompanhado pelas ESF (47%) recebia, com freqüência mínima mensal, tanto consultas médicas quanto de enfermagem.

Em todos os municípios pesquisados, o profissional que atendia com maior freqüência os portadores de diabetes era o médico, embora com percentuais muito variados: 66% em Camaragibe e 25% em Brasília. O segundo profissional mais mencionado, na maior parte dos municípios, como o que mais freqüentemente atendia os diabéticos, foi o ACS (entre 12 e 22%), exceto em Aracaju, onde o enfermeiro ocupou esse lugar (21%), e em Vitória, onde esse grupo era atendido apenas por médicos. Em terceiro lugar na freqüência de atendimentos aos portadores de diabetes, o enfermeiro foi assinalado em Palmas e Manaus (8% a 11%), enquanto o auxiliar de enfermagem foi mencionado em Camaragibe e Brasília (3% e 8%, respectivamente).

Quadro 91: Atividades realizadas no mínimo mensalmente em portadores de diabetes sob acompanhamento da ESF (%), seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Orient. individ.	Orient. grupo	Fornecimento medicamentos	Consultas		Profissional*			
				Médica	Enferm.	M	E	AE	ACS
Camaragibe	49,9	26,9	73,1	46,1	23,0	65,5	0,0	3,4	17,2
Palmas	85,8	57,7	14,3	71,4	57,2	44,4	11,1	0,0	22,2
Vitória	61,1	44,4	77,8	61,1	33,4	75,0	0,0	0,0	0,0
Aracaju	64,7	23,5	64,7	47,1	47,1	27,6	20,7	0,0	10,3
Manaus	67,7	33,4	66,7	72,3	50,0	50,0	7,7	0,0	11,5
Brasília	58,3	16,6	66,7	41,7	33,3	25,0	4,2	8,3	12,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Profissional que atende com maior freqüência.

Existiam portadores de hipertensão arterial em cerca de 30% dos domicílios pesquisados, exceto em Palmas (15%). Cerca de 20% das famílias pesquisadas, nas quais existiam hipertensos, não recebiam acompanhamento de saúde em Aracaju e Manaus, enquanto, em Vitória, observou-se o maior percentual de famílias com hipertensos que eram acompanhados. Nas demais cidades, ao redor de 12% das famílias estavam integradas por portadores de hipertensão sem acompanhamento.

Em Camaragibe (75%), Palmas, Vitória e Manaus, as ESF acompanhavam mais de 60% dos hipertensos existentes nas famílias pesquisadas, porém, em Aracaju e Brasília, a cobertura das ESF era inferior a 60% dos hipertensos. O acompanhamento de saúde, por qualquer serviço ou profissional de saúde, com freqüência mínima mensal, era realizado em 70% ou mais dos portadores de hipertensão sob acompanhamento em Camaragibe, Palmas e Manaus (nos dois últimos, alcançava 77%), em 65% no Distrito Federal e ao redor de 60% dos hipertensos sob tratamento em Vitória e Aracaju.

Quadro 92: **Portadores de hipertensão arterial em famílias usuárias do PSF e atendimentos recebidos, seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Famílias com hipertensos		Sem tratamento[1]	Acompanhados ESF + ACS[2]	Acomp. mínimo mensal[3]
	N	%	%	%	%
Camaragibe	102	42,3	11,8	75,4	70,4
Palmas	47	15,4	12,8	66,7	77,2
Vitória	114	40,4	7,0	71,2	62,5
Aracaju	74	30,8	20,3	54,9	59,8
Manaus	67	27,8	20,9	63,0	77,1
Brasília	99	30,0	12,1	57,7	65,1

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] Percentual de famílias com portadores de hipertensão arterial que não são acompanhados por qualquer serviço de saúde.
[2] Percentual do total de portadores de hipertensão arterial acompanhados pelas ESF.
[3] Percentual do total de portadores de hipertensão arterial com acompanhamento de saúde.

Os hipertensos acompanhados pelas ESF recebiam mais orientações individuais com freqüência mínima mensal do que em grupo, excetuando-se em Palmas, onde foi referido o percentual mais elevado de orientações em grupo (78%). As atividades em grupo atendiam percentuais bastante reduzidos de portadores de hipertensão arterial em Aracaju (22%) e Brasília (25%). O fornecimento de medicamentos, no mínimo uma vez por mês, era realizado para 70% ou mais dos hipertensos acompanhados pelas ESF de Camaragibe, Vitória, Manaus e Brasília, mas para 58% dos portadores de hipertensão arterial em Palmas.

Consultas médicas, no mínimo mensais, eram ofertadas à metade ou mais dos hipertensos acompanhados pelas ESF em todas as cidades pesquisadas, principalmente em Manaus (75%), Palmas e Aracaju (58%), excetuando-se em Brasília, onde apenas 42% dos hipertensos recebiam consulta médica mensal. Consultas de enfermagem mensais eram ofertadas a 80% dos portadores de hipertensão arterial acompanhados pelas ESF em Palmas, mas a apenas 32% dos hipertensos em Camaragibe. Elevado percentual de consultas de enfermagem mensais para hipertensos foi verificado, também, em Manaus (75%) e Brasília (70%).

Em quatro dos seis grandes centros urbanos, o médico foi mencionado como o profissional da ESF que freqüentemente atendia os hipertensos, com porcentagens que variaram entre 29% (Palmas) e 55% (Vitória). Em Manaus, o profissional mais assinalado foi o ACS (33%), e, em Brasília, o auxiliar de enfermagem (35%). O enfermeiro ocupou o segundo lugar em freqüência do atendimento em Palmas, Vitória, Aracaju e Manaus, mencionado por 10% (Vitória) até 29% (Manaus) dos portadores de hipertensão. O ACS ocupou o segundo lugar na freqüência de atendimentos a hipertensos em Camaragibe (25%) e Brasília (19%), e o auxiliar de enfermagem – além de Brasília – desempenhava um papel importante no atendimento de portadores de hipertensão em Palmas (12%).

Quadro 93: **Atividades realizadas no mínimo mensalmente em portadores de hipertensão arterial sob acompanhamento da ESF (%), seis grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Orient. individ.	Orient. grupo	Fornecimento medicamentos	Consultas		Profissional*			
				Médica	Enferm.	M	E	AE	ACS
Camaragibe	59,5	33,6	74,1	49,4	31,5	47,0	4,0	6,9	24,8
Palmas	75,0	77,8	58,3	58,4	80,5	29,3	24,4	12,2	7,3
Vitória	56,7	49,0	75,1	55,7	46,1	54,7	10,4	1,9	7,5
Aracaju	70,0	22,0	66,0	58,0	56,0	29,9	19,5	0,0	14,3
Manaus	82,3	31,3	76,4	74,6	74,5	23,1	28,8	0,0	32,7
Brasília	64,8	25,3	70,4	42,2	70,4	8,2	8,2	35,3	18,8

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Profissional que atende com maior freqüência.

O número de famílias pesquisadas com gestantes foi relativamente baixo – entre 3 em Vitória da Conquista e Goiânia, onde foram entrevistadas 100 famílias, e 15 em Aracaju –, assim como o número de gestantes sem qualquer acompanhamento pré-natal. Em Camaragibe e Palmas, todas as mulheres grávidas recebiam acompanhamento pré-natal, mas em Aracaju e Vitória, 4 e 3 gestantes, respectivamente, não eram acompanhadas. A maior parte das mulheres grávidas iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, todavia, em todos os municípios, existia uma ou mais mulheres (até 3, em Brasília) que haviam iniciado seu acompanhamento apenas no segundo trimestre gestacional.

As ESF realizavam o acompanhamento de pré-natal da maior parte das gestantes em metade das cidades pesquisadas – Camaragibe, Palmas, Vitória da Conquista e Manaus. Nos demais centros urbanos, a situação era diversificada: em Goiânia, nenhuma delas era acompanhada pelas ESF; em Vitória, apenas metade; e, em Aracaju e Brasília, as ESF acompanhavam menos da metade das gestantes existentes entre as famílias pesquisadas. A maioria das gestantes que realizava acompanhamento pré-natal eram atendidas com freqüência mínima mensal.

Quadro 94: Gestantes em famílias usuárias do PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Famílias com gestantes		Sem acompanhamento[1]	Início pré-natal 2.º trimestre e posterior[2]	Acompanhadas ESF + ACS	Acomp. mínimo mensal (2)
	N	%	N	N	N	N
Camaragibe	10	4,1	0	1	7	10
Palmas	10	4,2	0	1	8	10
Vitória da Conquista	3	2,9	1	...	2	2
Vitória	12	5,0	3	2	6	8
Aracaju	15	6,3	4	2	7	12
Goiânia	3	3,0	1	...	0	2
Manaus	10	4,1	1	1	8	8
Brasília	13	5,4	1	3	5	12

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] Gestantes que não são acompanhadas por qualquer serviço de saúde.
[2] Gestantes com acompanhamento pré-natal.

As gestantes acompanhadas pelas ESF recebiam, em geral, muito mais orientações individuais do que em grupo no mínimo uma vez por mês. Em Camaragibe, pouco mais da metade (4) era orientada individualmente e três recebiam também orientações em grupo; em Manaus, metade (4) e, em Brasília, pouco menos da metade (2) das gestantes acompanhadas pelas ESF eram orientadas em grupo com freqüência mínima mensal. Em Vitória e Aracaju, apenas uma grávida informou receber orientações em grupo. Mais da metade das gestantes acompanhadas pelas ESF em Vitória, Aracaju e Manaus recebia medicamentos com freqüência mínima mensal. Em Palmas, apenas uma grávida informou essa atividade.

Consultas médicas mensais eram ofertadas a mais de 70% das gestantes, principalmente em Vitória e Manaus. Consultas de enfermagem mensais eram realizadas com mais de 70% das grávidas acompanhadas pelas ESF na maior parte dos municípios, porém, apenas 3 das 5 gestantes de Brasília e apenas 2 das 6 de Vitória recebiam, no mínimo uma vez por mês, atendimento de enfermagem.

Em todos os municípios, o profissional que mais freqüentemente realizava o pré-natal era o médico, exceto em Goiânia, onde nenhuma das gestantes com acompanhamento pré-natal o realizava na USF, e citaram o ACS como o profissional que mais as atendia. Essa atribuição era dividida com o enfermeiro, em Palmas e Brasília, e com o ACS, em Vitória da Conquista.

Quadro 95: **Atividades realizadas no mínimo mensalmente em gestantes sob acompanhamento da ESF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Orient. individ.	Orient. grupo	Fornecimento medicamentos	Consultas		Profissional*			
				Médica	Enferm.	M	E	AE	ACS
Camaragibe	4	3	2	5	5	3	2	0	2
Palmas	7	2	1	6	6	4	4	0	0
Vitória da Conquista	...	...	...	...	...	1	0	0	1
Vitória	5	1	4	5	2	6	0	0	0
Aracaju	7	1	5	5	5	4	2	0	1
Goiânia	...	...	...	...	...	0	0	0	2
Manaus	7	4	5	7	5	5	2	1	0
Brasília	4	2	2	3	3	2	2	0	1

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Profissional que atende com maior freqüência.

Nos oito municípios estudados, existiam, em média, cerca de 20% de famílias com crianças até 2 anos de idade, mas, em Aracaju, esse percentual atingia 32% das famílias pesquisadas, enquanto apenas 13% das famílias de Manaus tinham crianças nessa faixa de idade. Entre 16% (Camaragibe) e até 33% (Manaus e Brasília) dessas famílias, informaram que o crescimento e desenvolvimento das crianças não eram acompanhados por qualquer serviço ou profissional de saúde. Essas proporções ficaram em torno de 20% em Palmas, Vitória da Conquista, Vitória, Aracaju e Goiânia.

As ESF acompanhavam o crescimento e desenvolvimento de 75% ou mais das crianças nessa faixa de idade existentes entre as famílias pesquisadas em Camaragibe (88%), Palmas, Aracaju e Vitória. Em Vitória da Conquista, as ESF acompanhavam cerca de 68% das crianças até 2 anos de idade e, nas demais cidades, a cobertura assistencial das ESF atingia metade ou menos dessas crianças, verificando-se, em Brasília, o menor percentual de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de menores de 2 anos (29%).

Quadro 96: Crianças até 2 anos de idade em famílias usuárias do PSF e sob acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Famílias com < 2 anos		Sem acompanhamento[1]	Acompanhados ESF + ACS (2)
	N	%		
Camaragibe	49	20,4	16,3	87,8
Palmas	68	16,3	19,1	86,8
Vitória da Conquista	22	21,2	22,7	68,2
Vitória	55	22,9	21,8	74,5
Aracaju	76	31,5	22,4	82,9
Goiânia	19	19,0	22,2	50,0
Manaus	81	12,9	33,3	39,5
Brasília	58	14,2	32,8	29,3

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] Percentual de famílias com crianças até 2 anos de idade que não são acompanhadas por qualquer serviço de saúde.
[2] Percentual do total de crianças menores de 2 anos de idade.

Cerca de 60% ou mais das crianças até 2 anos de idade com acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento por qualquer serviço ou profissional de saúde eram atendidas no mínimo uma vez por mês. O menor percentual de crianças nessa faixa de idade, acompanhadas mensalmente, foi observado em Brasília (59%), enquanto, em Aracaju, Palmas, Camaragibe e Vitória, essas proporções foram superiores a 84%.

Em cinco dos oito municípios, o ACS foi o profissional da ESF que com mais freqüência acompanhava o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 2 anos, referido por 64% das famílias, em Aracaju, e por 41%, em Brasília. O médico era quem mais realizava o acompanhamento dessas crianças em Camaragibe (44%), Vitória (47%) e, principalmente, em Goiânia (60%). Nas demais cidades, foi mencionado como sendo o segundo profissional que mais acompanhava o crescimento e desenvolvimento das crianças com até 2 anos de idade. A participação dos enfermeiros nessa atividade foi entre 5%, em Vitória, e 37%, em Camaragibe, observando-se que, além deste último município, o profissional de enfermagem foi o responsável pelo acompanhamento de 10% ou mais das crianças nessa faixa de idade em Palmas (12%), Vitória da Conquista (18%), Aracaju (14%), Goiânia (10%) e Brasília (12%). Chama a atenção o papel desempenhado pelos ACS em Camaragibe, mencionados por apenas 5% como o profissional que freqüentemente acompanhava as crianças, assim como o do auxiliar de enfermagem em Camaragibe, onde era o profissional que mais realizava o acompanhamento de 14% das crianças até 2 anos, mas, principalmente, em Brasília, onde era o que com maior freqüência acompanhava o crescimento e desenvolvimento de 24% de crianças dessa faixa de idade.

Quadro 97: **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças até 2 anos de idade em famílias usuárias do PSF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Acomp. mínimo mensal[1]	Profissional[2]			
		M	E	AE	ACS
Camaragibe	86,7	44,2	37,2	14,0	4,7
Palmas	90,6	18,0	11,5	0,0	62,3
Vitória da Conquista	70,6	17,6	17,6	0,0	58,9
Vitória	84,0	47,4	5,3	2,6	39,5
Aracaju	91,1	22,2	14,3	0,0	63,5
Goiânia	64,3	60,0	10,0	0,0	20,0
Manaus	81,7	34,4	6,3	3,1	53,1
Brasília	58,5	23,5	11,8	23,5	41,2

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
[1] Do total de crianças acompanhadas.
[2] Profissional que atende com maior freqüência.

Percepção das famílias e dos integrantes das ESF sobre a constituição de vínculos

A análise da constituição de vínculos entre as famílias adscritas e a ESF responsável por promover e cuidar de sua saúde é uma tarefa complexa e de ordem essencialmente qualitativa. Tantos são os fatores de natureza individual e de natureza coletiva dos grupos envolvidos, imersos em contextos sociais específicos, e em geografias tão diversas, que dificilmente poderá se chegar a uma conclusão ou mesmo a uma síntese a partir de observações a distância.

Entretanto, esse é um objetivo da estratégia Saúde da Família e um dos objetivos específicos da pesquisa, pois, dificilmente, sem a constituição de vínculos sólidos e permanentes, de confiança e de co-responsabilidade, entre ESF e famílias, poderá o modelo assistencial ser modificado na direção desejada. Portanto, foram selecionados aspectos pesquisados com os integrantes das ESF e com as famílias que possibilitam uma aproximação ao tema.

Em Camaragibe e Goiânia, cerca de 93% dos profissionais de nível superior consideraram muito satisfatório o estabelecimento de vínculos com a população da área. Aracaju foi o município em que os profissionais de nível superior menos compartilhavam dessa opinião (70%), porém, ainda em elevado percentual positivo. Entretanto, quando comparamos as famílias pesquisadas que consideraram que a ESF era mais responsável em relação aos moradores do bairro do que a unidade de Atenção Básica – onde antes do PSF eram atendidas – com os percentuais de profissionais de nível superior que identificaram na relação com a população adscrita o estabelecimento de vínculos com base no reconhecimento das famílias e de suas necessidades específicas, observamos que em apenas 3 dos 8 municípios houve concordância entre as duas percepções – Camaragibe, Palmas e Aracaju. A discordância com posição mais crítica por parte dos profissionais de nível superior foi observada

em Vitória da Conquista, enquanto as discordâncias com posição mais crítica de parte das famílias pesquisadas foram verificadas em Vitória, Goiânia, Manaus e Brasília.

A constituição do vínculo também pode ser analisada a partir da confiança que as famílias tem das ESF quanto ao seu conhecimento técnico para interferir nos problemas de saúde. Essa resposta das famílias foi associada à percepção dos profissionais de nível superior, segundo a qual a população valoriza muito o desenvolvimento de ações por meio de visitas domiciliares de ACS e outros profissionais. Em quatro dos grandes centros urbanos – Camaragibe, Vitória da Conquista, Vitória e Manaus –, as percepções foram convergentes. As famílias foram mais críticas em sua avaliação em Goiânia e em Brasília, enquanto os profissionais de nível superior foram mais críticos em Palmas.

O terceiro grupo de percepções analisadas refere-se ao potencial antagonismo entre os desejos e as necessidades de receberem consultas por parte da população e a perspectiva dos profissionais de atuarem no campo da promoção da saúde. Foi solicitado às famílias entrevistadas que avaliassem se na USF era melhor, igual ou pior do que no posto ou centro de saúde, em que eram anteriormente atendidas, obter consulta previamente agendada e obtê-la sem agendar. Cerca de 70% das famílias pesquisadas, em Camaragibe e Goiânia, avaliaram ser mais fácil obter consulta quando agendada previamente na USF em comparação às UBS.

Nos demais municípios, esse percentual foi mais baixo, embora acima de 50%. Mais da metade das famílias considerou ser mais fácil obter consulta não marcada na USF do que nas unidades básicas em Camaragibe, Vitória da Conquista e Brasília, porém, nos demais municípios, os percentuais não chegaram a 50%, principalmente em Vitória (36%). Por sua vez, metade ou mais dos profissionais de nível superior consideraram que a população valoriza muito a realização de grupos de acompanhamento e orientação, exceto em Vitória e Manaus, onde essa percepção não prevaleceu. Observa-se que apenas em Palmas as percepções foram convergentes, embora muito próximas de 50%. Em Camaragibe e Manaus, as famílias apresentaram uma avaliação mais positiva do que a dos profissionais de nível superior, enquanto nas demais cidades não houve uma tendência nítida, talvez por associar duas variáveis relacionadas às famílias com apenas uma vinculada à percepção dos profissionais de nível superior.

Quadro 98: **Percepção dos integrantes das ESF sobre indicadores de vínculos e comparação das famílias entre serviços prestados na USF e nas unidades básicas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Indicadores	Camaragibe	Palmas	Vitória da Conquista	Vitória	Aracaju	Goiânia	Manaus	Brasília
Profissionais NS consideram muito satisfatório: estabelecimento de vínculos com a população da área	92,5	88,5	79,7	71,4	70,2	93,6	78,6	81,1
Famílias consideram melhor a ESF do que as UBS: responsabilidade em relação aos moradores do bairro	84,6	61,9	75,0	54,0	81,0	39,4	59,7	57,8
Profissionais NS percebem que a ESF estabelece vínculos com base no reconhecimento das famílias e de suas necessidades específicas	64,2	55,8	45,3	69,8	69,1	56,4	58,9	62,2
Famílias consideram melhor a ESF do que as UBS: conhecimento técnico para interferir nos problemas	76,9	52,3	75,0	54,0	66,8	30,3	46,2	33,1
Profissionais NS percebem que a população valoriza muito: ações desenvolvidas por meio de visitas domiciliares de ACS e outros profissionais	94,3	76,9	90,6	77,8	83,0	85,2	78,6	78,4
Famílias consideram melhor a ESF do que as UBS: facilidade de obter consulta quando está marcada	76,9	57,2	50,0	56,6	66,7	72,8	53,7	56,3
Famílias consideram melhor a ESF do que as UBS: facilidade de obter consulta sem agendar	53,8	47,6	50,0	35,5	47,7	45,4	43,3	56,3
Profissionais NS percebem que a população valoriza muito a realização de grupos para acompanhamento e orientação sobre riscos e promoção da saúde	67,9	53,8	54,7	49,2	56,4	73,4	37,5	64,9

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

(1) Em Vitória da Conquista e Goiânia, foram agrupadas as respostas dos profissionais de nível superior que consideraram que a população valoriza muito e valoriza. Nos demais municípios pesquisados, a opção 'valoriza' não existia. Em Vitória da Conquista, apenas 4 famílias puderam fazer a comparação.

Satisfação das famílias com o PSF

Em todos os municípios, as famílias consideraram, de maneira geral, que, com a implantação do PSF, melhoraram as condições de saúde do bairro, de sua família e o atendimento em caso de doença. Nesse último aspecto, foram consideradas as respostas "melhorou muito" e "melhorou um pouco". Mais de 70% das famílias pesquisadas consideraram que, após o PSF, as condições de saúde do bairro melhoraram, exceto em Vitória e Goiânia, onde os percentuais foram mais baixos, porém acima de 60%.

Mais de 60% das famílias pesquisadas consideraram que, após o PSF, as condições de saúde de sua família melhoraram, exceto em Goiânia (55%). Percentuais superiores a 70% foram verificados apenas em Camaragibe. Mais de 58% das famílias em todas as cidades pesquisadas consideraram que, com o PSF, o atendimento nos casos de doenças melhorou muito e melhorou um pouco. Percentuais inferiores a 70% foram observados apenas em Vitória e Goiânia, e superiores a 80% foram verificados em Camaragibe, Aracaju e Manaus. As famílias entrevistadas em Goiânia foram as mais críticas em relação aos três aspectos e as de Camaragibe foram as que, em percentuais mais elevados, manifestaram a melhoria das condições de saúde e de atendimento após a implantação do PSF.

Quadro 99: Avaliação das famílias pesquisadas sobre melhoria das condições de saúde e do atendimento com a implantação do PSF (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Condições de saúde do bairro melhoraram	Condições de Saúde da Família melhoraram	Atendimento doença melhorou muito e um pouco
Camaragibe	84,6	76,6	82,4
Palmas	72,1	60,0	74,9
Vitória da Conquista	81,8	68,2	72,1
Vitória	67,9	63,7	69,1
Aracaju	79,6	62,1	80,0
Goiânia	61,0	55,0	58,0
Manaus	80,9	66,5	82,1
Brasília	74,2	61,2	73,4

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

A avaliação das famílias entrevistadas sobre atividades e serviços prestados na Unidade de Saúde da Família foi realizada em Vitória da Conquista e Goiânia, solicitando-se que opinassem, para cada item de uma lista com 19 atividades, se a qualidade era muito boa, boa, regular, ruim ou péssima. Existiam ainda duas alternativas: "não sabe" informar e "não se aplica", que seriam assinaladas pelo entrevistador quando fosse mencionada a inexistência do serviço ou a não realização da atividade. Os resultados dos estudos piloto, com elevados percentuais de "não se aplica" e "não sabe", orientaram a mudança do instrumento de pesquisa de forma a solicitar a opinião apenas em relação a serviços já utilizados, e reduzindo as opções da avaliação de qualidade para boa, regular e ruim, contendo ainda as possibilidades de ser assinalada

"não tem o serviço ou não realiza a atividade" e "não sabe". Com essas modificações, a inexistência do serviço ficou nítida, porém não conseguiram diminuir, significativamente, os elevados percentuais de famílias que não sabem informar a qualidade do serviço ou atividade.

A avaliação das famílias sobre a qualidade de algumas atividades realizadas na USF considerou o percentual de respostas positivas – muito bom e bom em Vitória da Conquista e Goiânia, e apenas bom nos demais municípios – entre o total de famílias que souberam ou puderam realizar a avaliação, ou seja, subtraindo do total de respostas as "não sabe" e "não existe" ou "não sabe" e "não se aplica". Cabe ainda comentar que a solução para os dados não impede a reflexão a respeito das dificuldades que as famílias encontraram em avaliar atividades como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em crianças, vacinação e outras que integram o leque de Atenção Básica e que recebem prioridade no PSF. A hipótese é que não foram oferecidos parâmetros para que as famílias pudessem avaliar se a atividade realizada era ou não de boa qualidade, e que o usuário, em geral, desconhece sobre o que deve ser realizado para garantir a boa qualidade das atividades.

A atividade de triagem que, junto com a recepção, influencia a percepção de humanização do atendimento, foi avaliada como boa por mais de 56% das famílias pesquisadas nos grandes centros urbanos estudados. Em Camaragibe e Aracaju, 70% ou mais das famílias consideraram a atividade de boa qualidade e 80% ou mais das famílias de Palmas, Manaus e Brasília manifestaram essa avaliação. Os menores percentuais foram observados em Goiânia e Vitória da Conquista.

Dificuldades no acesso à consulta médica foram observadas em todos os municípios, exceto em Manaus e Brasília, onde cerca de 64% e 61% das famílias, respectivamente, consideraram boa essa atividade. Nas demais cidades, as dificuldades de acesso à consulta médica são inferidos pelos baixos percentuais de famílias que avaliaram como bom o agendamento de consulta médica, especialmente em Camaragibe, onde essa proporção foi a mais baixa (31%).

No entanto, uma vez obtida, as consultas médicas foram avaliadas como boas por mais de 80% das famílias pesquisadas em todos os municípios, e, em Camaragibe, Aracaju e Manaus, as famílias realizaram as melhores avaliações – 92%, 93% e 91%, respectivamente.

Em todos os municípios, mais de 79% das famílias avaliaram como boa a consulta de enfermagem, observando-se o menor percentual de avaliação positiva entre as famílias de Vitória e o mais elevado em Manaus (90%).

Quadro 100: **Famílias pesquisadas que consideraram boa a qualidade de atividades selecionadas realizadas nas USF (%), oito grandes centros urbanos, PSF, Brasil, 2002**

Município	Triagem	Agendar consulta médica	Consulta médica	Consulta enfermagem
Camaragibe	72,9	30,9	92,2	85,1
Palmas	80,7	50,0	80,1	85,0
Vitória da Conquista	56,7	53,2	89,9	81,5
Vitória	66,5	46,5	87,0	79,0
Aracaju	70,3	55,7	92,5	87,3
Goiânia	56,1	50,6	89,3	80,3
Manaus	87,7	64,0	91,3	90,0
Brasília	85,6	60,5	85,0	88,2

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Sem a influência das famílias que não sabiam avaliar e as que informavam a inexistência da atividade, em geral, a grande maioria das famílias pesquisadas avaliou como boa a qualidade das ações realizadas nas USF. Mais de 84% em Manaus, até 95% em Goiânia, e 89% em Camaragibe consideraram bom o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Mais de 93% (Palmas e Aracaju) e até 100% (Vitória da Conquista e Goiânia) ou 98% (Vitória) informaram ser boa a qualidade da atividade de vacinação.

Cerca de 72% ou mais das famílias avaliaram como boa a atividade de planejamento familiar realizada em Goiânia, e cerca de 83% das famílias de Manaus manifestaram essa opinião. Esses foram os municípios que apresentaram os percentuais mais baixos de avaliação positiva do planejamento familiar, que 100% das famílias pesquisadas em Palmas consideraram boa. Mais de 79% em Palmas, e até 100% em Goiânia ou 96% em Vitória avaliaram como bom o acompanhamento pré-natal. E, entre 68% (Vitória da Conquista), 83% (Goiânia e Brasília) até 92% (Aracaju) das famílias pesquisadas consideraram boa a realização de exame preventivo de câncer de colo de útero.

Quadro 101: Famílias pesquisadas que consideraram boa a qualidade de atividades selecionadas realizadas nas USF (%), oito grandes centros urbanos, PSF, Brasil, 2002

Município	CD crianças	Vacinação	Planejamento familiar	Pré-natal	Preventivo
Camaragibe	89,1	95,3	91,3	93,1	91,0
Palmas	88,1	92,6	100,0	78,6	84,4
Vitória da Conquista	85,7	100,0	81,0	83,3	67,6
Vitória	87,5	97,7	89,8	95,5	84,9
Aracaju	86,4	93,1	85,0	92,2	92,2
Goiânia	95,0	100,0	71,4	100,0	82,9
Manaus	83,5	95,1	82,8	91,3	91,4
Brasília	85,7	94,9	87,5	86,2	82,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

O acesso ao atendimento odontológico revelou-se bastante desigual entre os grandes centros urbanos estudados. Enquanto 1% das famílias em Vitória da Conquista, 6% em Goiânia e 15% em Palmas e Brasília informaram a inexistência desse serviço, em Camaragibe e Manaus, 82% e 66% das famílias, respectivamente, informaram que não existia atendimento odontológico. Mesmo quando excluídas essas famílias e as que não sabiam avaliar a qualidade da atividade, apenas 23% das famílias de Vitória da Conquista e 32% das pesquisadas em Palmas avaliaram como bom o acesso ao atendimento por dentista. Percentuais mais elevados de avaliação positiva do acesso ao atendimento odontológico foram observados em Aracaju (62%) e Goiânia (60%). Superada a barreira do acesso, as consultas odontológicas foram consideradas boas por mais de 67% das famílias pesquisadas nos oito grandes centros urbanos. Esse patamar inferior de avaliação positiva das consultas realizadas por dentistas foi observado entre as famílias entrevistadas em Brasília, enquanto o patamar superior (93%) foi verificado em Aracaju.

A realização de exames laboratoriais nas USF também foi bastante heterogênea nas cidades estudadas. Apenas 6% das famílias entrevistadas, em Vitória da Conquista, informaram que essa atividade não era realizada, enquanto, em Manaus, 69% e, em Camaragibe, 83% das famílias pesquisadas informaram a não realização de exames laboratoriais. Entre as famílias que puderam avaliar os exames laboratoriais, entre 63% (Aracaju) e 89% (Manaus) os consideraram de boa qualidade.

Quadro 102: Existência de serviços odontológicos e laboratoriais e famílias pesquisadas que consideraram boa a qualidade das atividades realizadas nas USF (%), PSF, oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Consulta odontológica			Laboratório	
	Não existe	Agendar consulta dentista	Consulta dentista	Não realiza	Realização de exames
Camaragibe	82,1	57,7	85,2	82,9	86,7
Palmas	14,6	31,5	79,2	42,9	75,9
Vitória da Conquista	1,0	22,8	70,3	5,8	65,2
Vitória	30,8	35,3	90,5	47,9	87,1
Aracaju	6,3	62,2	92,6	45,8	62,9
Goiânia	32,0	60,0	77,8	12,0	85,7
Manaus	66,4	46,4	85,7	68,5	88,9
Brasília	14,6	50,0	67,0	37,1	69,5

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

A satisfação das famílias pesquisadas com o PSF foi superior a 70% em todos os municípios, exceto Goiânia (66%), atingindo seu máximo em Camaragibe (78%). Nas entrevistas realizadas com as famílias, solicitava-se que expressassem livremente o que mais gostavam no PSF. Os aspectos mencionados foram reunidos em alguns grupos. O acesso ao atendimento reuniu opiniões sobre facilidade de marcar consulta, facilidade de obter consulta ou atendimento quando necessário, tempo de espera reduzido, etc. O grupo relacionado com os profissionais de nível superior englobou opiniões sobre boa qualidade do atendimento, profissional atencioso, que "examina antes de dar a receita". A humanização do atendimento incluiu tratamento respeitoso, atencioso, educado por parte dos diversos integrantes da ESF. Outro grupo mencionado de aspectos positivos referiu às atividades realizadas pelo ACS, o relacionamento estabelecido com as famílias e as conseqüências dessas atividades no estado de saúde. A visita domiciliar constituiu um grupo em separado, incluindo visitas realizadas por outros integrantes das ESF.

Na maior parte dos municípios, o fator positivo do PSF mais assinalado pelas famílias pesquisadas estava relacionado com os profissionais de nível superior, exceto em Goiânia, onde as famílias consideraram os ACS como fator mais positivo do Programa, e em Palmas, onde o percentual de famílias que assinalaram aspectos relacionados com os profissionais de nível superior e com os ACS foram similares. Por outro lado, chama a atenção o fato de nenhuma família, nem em Vitória nem em Aracaju, ter mencionado qualquer aspecto positivo dos ACS. Entre 9% e 16% das famílias pesquisadas referiram a visita domiciliar como o que mais gostavam no PSF, enquanto a humanização do atendimento foi mencionada por 22% em Manaus, mas apenas por 2% das famílias entrevistadas em Goiânia.

Quadro 103: Satisfação com o PSF e fatores positivos selecionados mencionados por famílias pesquisadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002

Município	Satisfação	Fatores positivos				
		Acesso atendimento	Humanização	ACS	Profissionais NS	Visita domiciliar
Camaragibe	78,3	12,1	12,9	15,8	30,0	4,6
Palmas	74,2	15,4	7,5	16,7	16,3	15,8
Vitória da Conquista	70,1	11,5	17,3	13,5	28,8	8,7
Vitória	70,4	10,8	15,0	0,0	17,5	11,7
Aracaju	79,1	17,1	17,1	0,0	25,4	14,2
Goiânia	66,0	21,0	2,0	26,0	22,0	16,0
Manaus	73,1	12,4	22,4	12,9	26,1	10,0
Brasília	70,9	10,4	18,3	20,0	24,6	9,6

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

O percentual de famílias que se declararam insatisfeitas com o PSF foi, em geral, baixo. Maior grau de insatisfação foi observado em Goiânia (18%), seguido por Brasília (13%). O acesso ao atendimento foi o fator negativo do PSF mais assinalado pelas famílias pesquisadas, exceto em Goiânia, onde preponderou a opinião negativa sobre aspectos relacionados com os ACS. Entre 12 e 15% das famílias entrevistadas em Camaragibe, Goiânia e Manaus mencionaram como o que menos gostavam no PSF aspectos relacionados com os profissionais de nível superior. A falta de humanização foi referida principalmente em Vitória da Conquista (11%) e Aracaju (12%). Chama a atenção que nenhuma família pesquisada em Vitória fez referência, como fator negativo, a aspectos relativos à falta de humanização, aos ACS e nem aos profissionais de nível superior. Tampouco as famílias entrevistadas, em Aracaju, referiram qualquer aspecto negativo em relação aos ACS. Dificuldades no acesso a outros serviços de saúde foram mais mencionadas em Vitória da Conquista e Manaus.

Quadro 104: **Insatisfação com o PSF e fatores negativos selecionados mencionados por famílias pesquisadas (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Insatisfação	Fatores negativos				
		Acesso atendimento	Falta humanização	ACS	Profissionais NS	Acesso outros serviços
Camaragibe	5,4	46,3	2,5	1,7	15,0	3,8
Palmas	4,6	26,7	4,6	0,8	7,1	3,8
Vitória da Conquista	8,7	19,2	10,6	3,8	9,6	9,6
Vitória	10,8	26,7	0,0	0,0	0,0	2,9
Aracaju	6,7	20,8	12,1	0,0	7,9	2,1
Goiânia	18,0	12,6	6,0	17,0	13,0	2,0
Manaus	11,2	22,0	2,1	7,5	11,6	7,9
Brasília	12,9	26,3	5,0	3,3	9,6	1,7

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.

Embora a maioria das famílias pesquisadas afirmasse estar satisfeita com o PSF, mais da metade e até 76%, em Vitória da Conquista, opinou que deveriam ser realizadas modificações no Programa, prevalecendo propostas de mudança relacionadas com os profissionais das ESF e com o acesso ao atendimento. As mudanças relacionadas com os profissionais das ESF envolviam: aumento do número de profissionais, inclusão de especialistas na ESF (ginecologista, pediatra), mudanças nas atividades realizadas pelos ACS ("ação mais eficaz como aferir pressão, fazer curativos e outros procedimentos simples"), humanizar o atendimento e resolutividade ("deveriam resolver realmente o problema, curar as doenças das pessoas"). Em relação ao acesso, as propostas concentraram-se na ampliação do acesso ao atendimento, marcação de consultas e encaminhamentos, aos medicamentos e exames laboratoriais e aos serviços de emergência.

Apenas em Manaus e Brasília, mais da metade das famílias opinou que deveriam ser ofertadas novas atividades. Nos demais municípios, o percentual de famílias com essa opinião foi inferior a 43%, mas, em todos os municípios, as propostas mais assinaladas estavam relacionadas com os profissionais de nível superior das ESF. Dentre elas, a inclusão de médicos especialistas, de outros profissionais (nutricionista e psicólogo) e ampliação da abrangência de atuação de profissionais existentes (atendimento odontológico de adultos).

Quadro 105: **Avaliação das famílias pesquisadas sobre necessidade de mudanças no PSF e oferta de novas atividades (%), oito grandes centros urbanos, Brasil, 2002**

Município	Mudar	Aspecto mais assinalado		Oferecer novas atividades	Aspecto mais assinalado	
		Relativo a	%*		Relativo a	%*
Camaragibe	66,7	Acesso atendimento	47,5	41,6	Profissionais NS	66,0
Palmas	60,4	Acesso atendimento [1]	40,0	28,8	Profissionais NS	37,7
Vitória da Conquista	75,9	Profissionais ESF	57,0	43,3	Profissionais NS	42,2
Vitória	50,8	Profissionais ESF	50,8	35,4	Profissionais NS	28,8
Aracaju	55,0	Profissionais ESF	50,8	52,5	Profissionais NS	44,4
Goiânia	64,0	Profissionais ESF	50,0	40,0	Profissionais NS	55,0
Manaus	68,9	Profissionais ESF	36,1	73,5	Profissionais NS	39,0
Brasília	61,2	Acesso atendimento	38,1	56,2	Profissionais NS	50,4

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz.
* Percentual do total de famílias que opinaram que o PSF deveria mudar ou que a USF deveria oferecer novas atividades.
[1] Em Palmas, a segunda proposta de mudança mais assinalada foi a relacionada com profissionais das ESF (39,3%).

Desenvolvimento local do PSF em relação às normas e aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde

Eixo que visa à análise de singularidades e iniciativas locais que, por vezes, contrapõem-se com a regulamentação federal e podem representar ajustes necessários para a implementação da estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. A seguir, com base nas análises quantitativas e qualitativas, são listados aspectos singulares relativos à adscrição, composição das ESF, atividades realizadas e Siab.

Adscrição e número de famílias e habitantes adscritos por ESF

A recomendação do Ministério de Saúde de adscrever até 1.000 famílias por ESF foi considerada elevada para garantir atenção tanto da demanda programada quanto da espontânea.

A adscrição de número de famílias, ainda maior, foi observado, em geral, por meio da ampliação do número de ACS por ESF, o que sobrecarrega os profissionais de nível superior, principalmente nas atividades assistenciais.

Nos grandes centros urbanos, há dificuldades de atingir coberturas populacionais mais elevadas, devido ao grande número de ESF que devem ser implantadas, o que resulta em incentivos financeiros mais baixos do que os recebidos por pequenos municípios.

A adscrição das famílias às ESF permite estruturar o sistema municipal de Saúde regionalizado e hierarquizado, mas deve ser compatibilizado aos fluxos habituais das pessoas nos espaços urbanos, principalmente em metrópoles. A adscrição domiciliar dificulta a provisão de assistência para trabalhadores, em particular nas cidades ditas "dormitórios" das regiões metropolitanas.

Composição das equipes

Em alguns dos centros urbanos pesquisados, foi estabelecido, na mesma unidade de saúde, um segundo nível de complexidade de Atenção Básica, constituído por especialistas nas clínicas básicas, aumentando a resolutividade dos casos e possibilitando a interconsulta.

Em outras situações, a inclusão de profissionais de nível superior, em apoio às atividades das ESF, resultou do esforço de promover estratégias de acolhimento e de articulação do atendimento da demanda espontânea e programada.

Em USF em que existem diversas ESF, são necessários profissionais que atuem na gerência, no apoio administrativo, na limpeza e segurança, pois essas atividades dão suporte ao trabalho das ESF. Sua inclusão na USF deve ser efetuada de forma competente e com repartição de responsabilidade, que também deve ser incentivada.

A presença de diversas ESF na mesma USF propicia maior intercâmbio entre os profissionais e maior eficiência no uso de recursos compartilhados (administrativos, coleta de exames, farmácia, imunização).

O espaço físico das USF, com freqüência, não atende ao conjunto de atribuições das ESF nem permite o atendimento, de forma confortável e adequado tecnologicamente, para usuários e profissionais. A instalação de ESF em minipostos não é adequada ao desenvolvimento das atribuições preconizadas.

Atividades realizadas

A elevada proporção observada de domicílios com portadores de doenças crônicas (auto-referidas) reforça tanto o papel do médico generalista enquanto 'coordenador' da assistência ao doente quanto a necessidade de efetiva implementação de sistema de referência e contra-referência.

Observou-se reduzida proporção de domicílios com gestantes e crianças menores de 1 ano, o que pode demandar mudanças na ênfase do tipo de atividades, assim como possibilitaria o aprimoramento da qualidade das ações assistenciais para esses grupos populacionais.

A alta proporção de adolescentes e a importância das causas externas no perfil epidemiológico em grandes centros urbanos, nessa faixa de idade, levou alguns municípios a estabelecer prioridade para esse grupo.

Há evidências de que a estratégia de acolhimento para articular o atendimento da demanda espontânea com a programada tem potencialidade para transformar a USF em porta de entrada para o sistema, o que incide na organização do trabalho em equipe e contribui para fortalecer o vínculo entre ESF e usuário adscrito.

Observou-se o baixo uso do diagnóstico de saúde local na programação de atividades, indicando tendência de baixa adequação ao perfil local de necessidades de saúde.

Siab

O Siab foi, com freqüência, avaliado pelos gestores como um sistema de informação elaborado para um programa, sem articulação com os demais sistemas de informação, exigindo múltipla alimentação de sistemas, especialmente o SIA/SUS.

A existência de vários sistemas de informação que não se comunicam exige o preenchimento de diversos instrumentos e, segundo as circunstâncias, alguns sistemas podem receber prioridade em detrimento da alimentação do Siab.

O elenco de procedimentos cobertos pelo Siab não dá conta da totalidade das atividades dos profissionais, nem favorece a observação da integralidade da assistência proposta pelo município.

A estrutura do Siab não permite informar atividades de iniciativa municipal relacionadas com a especificidade da organização do sistema e com os problemas sociossanitários locais.

Recomendações

Elementos facilitadores e limitantes do desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos

A partir das evidências estabelecidas na pesquisa, são apresentados, a seguir, os principais fatores que facilitam e os limitantes do processo de implementação da Saúde da Família em grandes centros urbanos, sob a forma de observações e recomendações.

- As resistências de importantes atores, especialmente nas experiências de substituição da rede básica estruturada, exigem estratégias abrangentes de ampliação da base de apoio, com processo de discussão prévio e periódico de sensibilização de gerentes da SMS e profissionais de saúde, além de mobilização da população para diminuir resistências e conquistar legitimidade.

- Estabelecer processo de negociação com as corporações médica e de enfermagem para construir consenso sobre os campos de exercício profissional, de forma a ampliar as áreas de atuação de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS.

- Os meios de comunicação e materiais de publicidade elaborados devem, além de prestar informações para a população, difundir a importância das atividades realizadas pelos ACS e demais integrantes das ESF, como forma de fortalecer o vínculo e criar, socialmente, uma imagem positiva desses profissionais.

- Evitar a implantação paralela do PSF. No início de processos de implantação, é mais favorável delimitar regiões e nelas integrar a USF aos demais serviços existentes, expandindo posteriormente para outras regiões.

- Evitar a formação de 'ilhas' de população sem cobertura de Atenção Básica.

- As faixas de financiamento do Ministério de Saúde, segundo cobertura municipal do PSF, não são adequadas para grandes centros urbanos em que a quantidade de ESF (e os recursos financeiros para tal) deve ser extremamente elevada para atingir os patamares de cobertura preconizados.

- Um processo bem-sucedido de conversão do modelo assistencial conduz à constituição de uma coordenação única e integrada de Atenção Básica.

- Nos grandes centros urbanos, com capacidade instalada de unidades básicas de saúde, é recomendável a adaptação dessas unidades para abrigar maior número de ESF (até quatro no máximo), propiciando o aumento da qualidade da atenção devido ao maior intercâmbio entre os profissionais (interconsulta) e maior eficiência por meio de uso de recursos compartilhados.

- Incorporar a gerência da unidade, as atividades de segurança, limpeza, conforme o tamanho da unidade e a ampliação dos recursos a serem compartilhados.

- Não é recomendável a instalação de ESF como 'inquilinas' em UBS não transformadas em USF, pois há maior possibilidade de geração de conflitos.

- A diretriz da universalidade de cobertura do PSF, dada a diversidade das populações em grandes centros urbanos, exige a construção de estratégias para incentivar a utilização da Saúde da Família por grupos de renda mais alta, por meio da prestação de serviços de qualidade.

- A população atendida pelo PSF é extremamente vulnerável, podendo considerar que a estratégia de Saúde da Família promove expansão de cobertura para grupos desfavorecidos e, potencialmente, contribui para a inclusão social.

- As percepções das famílias sobre os problemas da comunidade guardaram grande coerência com as características domiciliares e municipais. É recomendável enfatizar a realização periódica e uso rotineiro do diagnóstico de saúde, estimulando a participação da população.

- Considerando a importância das causas externas no perfil epidemiológico das populações de grandes centros urbanos, é recomendável incorporar, ao desenho do modelo assistencial, ações de promoção de saúde, direcionadas aos adolescentes e adultos jovens, relacionadas com esses agravos.

- A adscrição das famílias às ESF deve ter por base mais o vínculo de responsabilidade e menos a distribuição formal de população por equipes. É necessário organizar os serviços a partir da lógica da população.

- A adscrição domiciliar dificulta a provisão de assistência para trabalhadores e trabalhadoras. É recomendável estudar a possibilidade de adscrição por local de trabalho ou por meio de inscrição individual em USF próximas aos locais de trabalho.

- É recomendável estimular o funcionamento das USF em horário que possibilite o acesso dos trabalhadores.

- É recomendável oferecer pronto atendimento em unidades distribuídas regionalmente, de fácil acesso, criando mecanismos que garantam a contra-referência para a ESF de adscrição.

- É recomendável criar e/ou fortalecer mecanismos de integração da rede municipal de serviços de saúde: centrais informatizadas de marcação de ações especializadas e de regulação de internações, estabelecer protocolos de atenção para evitar o uso desnecessário de procedimentos mais complexos, estimular os especialistas a realizar a contra-referência para as ESF, ampliando a comunicação entre ESF e serviços de referência.

- É recomendável estabelecer meios que propiciem a referência da USF para os serviços de emergência.

- A criação de um segundo nível de complexidade da Atenção Básica, constituído por especialistas nas clínicas básicas e outras, selecionadas conforme o perfil local de necessidades, possibilitaria a interconsulta, o aumento da resolutividade dos casos, a constituição da USF como porta de entrada e a integração da rede de serviços de saúde. No caso de conversão de grandes unidades básicas preexistentes em locais com elevada densidade demográfica, esse segundo nível poderia ser instalado na mesma unidade de saúde com ESF.

- Redefinição dos papéis das especialidades básicas para se qualificar como referência e para atividades de supervisão, a partir de capacitação específica.

- A realização de coleta de material para exames de patologia clínica nas USF facilita o acesso das famílias usuárias.

- A constituição de um sistema integrado de serviços de saúde exige investimentos nos demais níveis de complexidade.

- A mudança no modelo assistencial, centrada em programação de atividades para grupos de risco e oferta organizada, confronta-se com as demandas individuais por assistência. A adequação entre respostas às necessidades individuais e coletivas é importante nó crítico da estratégia Saúde da Família, que necessita ser equacionada. Estratégias de acolhimento podem propiciar a desejada articulação, reduzindo barreiras de acesso percebidas pelas famílias pesquisadas e contribuindo para o estabelecimento da USF como porta de entrada/serviço de primeiro contato regular.

- É recomendável estimular atividades em grupo como forma de criar vínculos de apoio social entre os integrantes e informar sobre prevenção e cuidados. A participação dos ACS nas atividades de grupos contribui para a sua capacitação. A constituição de grupos deve ser orientada pelo perfil epidemiológico local.

- É recomendável estimular a regularidade mensal das visitas domiciliares por ACS, o que exige a redução do número de famílias sob sua responsabilidade.

- A realização das atividades preconizadas para as ESF – educacionais e assistenciais, individuais e em grupo, domiciliares e intersetoriais – exige a redução do número de famílias adscritas por ESF.

- É recomendável estimular a atuação intersetorial das ESF. Esta é facilitada quando gestores setoriais e Executivo Municipal atuam na perspectiva de articular as intervenções para solução de problemas. A ação intersetorial exige capacitação em relação aos condicionantes do estado de saúde da população.

- A estratégia Saúde da Família, intensiva em força de trabalho, encontra obstáculos, na sua incorporação, que fragilizam o processo. Vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos favorecem a adesão de profissionais e a formação de vínculos com as comunidades.

- A criação de incentivos salariais para ESF que atuem em áreas de maior risco social e epidemiológico possibilitaria maior permanência dos profissionais nessas áreas. Considerar a possibilidade de incentivos que apóiem a redução da rotatividade dos profissionais e fixem as ESF implantadas.

- É recomendável aprimorar o processo de capacitação, garantindo que todos os profissionais realizem o treinamento introdutório, superando a fragmentação programática do conhecimento e articulando, na capacitação permanente, aspectos técnico-científicos mais gerais com a especificidade dos condicionantes locais, além de estratégias de humanização do atendimento.

- É recomendável pesquisar e difundir metodologias e dinâmicas para facilitar a organização do trabalho em equipe.

- É recomendável ampliar as responsabilidades e a capacitação de ESF para o acompanhamento de doentes crônicos, tendo em vista a alta proporção de famílias com portadores. A função do médico generalista como "coordenador" dos cuidados ao doente crônico deve ser reforçada por meio da melhoria da comunicação entre ESF e especialistas.

- Reforçar o papel assistencial dos profissionais de enfermagem, contribuindo para ampliar a capacidade assistencial da ESF e fortalecer os vínculos com a comunidade.

- Priorizar, nas atividades de supervisão dos ACS, a programação das orientações realizadas durante as visitas domiciliares, conforme grupos e agravos prioritários mais freqüentes.

- Incentivar a implantação de equipes de saúde bucal (ESB) e reavaliar a proporção entre os dois tipos de equipe. O estudo demonstra que a implantação da ESB em grandes centros é ainda incipiente, necessitando de uma avaliação mais detalhada dos aspectos que estão interferindo nesse processo.

- Fortalecer o papel desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde nas políticas de saúde em geral e na reestruturação do sistema municipal de Saúde.

- Incentivar a criação de Conselhos Locais de Saúde, visando a ampliar a participação da população e o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade.

- É recomendável criar meios e instrumentos para a população apresentar queixas, denúncias e sugestões.

- Buscar a articulação dos diversos sistemas de informação que possibilite uma comunicação entre os mesmos, racionalizando o processo de coleta e análise dos dados assistenciais.

A implementação da estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial à saúde que efetivem o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. Com as observações realizadas e os resultados obtidos no processo de pesquisa, é possível apontar 'boas práticas', assinalando caminhos que podem ser percorridos e outros que devem ser evitados. Entretanto, nenhum guia ou regulamentação deve inibir a criatividade local, nem desconsiderar a diversidade existente em nosso País, que é, ao mesmo tempo, nossa maior riqueza e nosso maior desafio.

Referências bibliográficas

BECKER, Howard S. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de Atenção Básica, Programas e Projetos. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm>.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação da Saúde da Comunidade. Siab: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto de apoio à implantação e consolidação do Programa de Saúde da Família no Brasil. Brasília, 2001b. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. A implantação de uma unidade de Saúde da Família: estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c. (Cadernos da Atenção Básica). Documento consulta.

_____. Ministério da Saúde. Consulta pública n. 1 de 8 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000d.

_____. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos – IDB/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001f. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. Programa Agentes Comunitários de Saúde – Pacs. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família – PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde: atividades 1999. Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, Relatório preliminar de avaliação dos pólos de capacitação, formação e educação permanente para pessoal de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de informações ambulatoriais – SIA/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de informações hospitalares – SIHSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001e. Disponível em:<www.datasus.gov.br>.

CAMPOS, F. Eduardo; CHERCHIGLIA, M. Leal; GIRARDI, S. Nicolau. Gestão, profissões de saúde e controle social. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. (Cadernos da 11.ª Conferencia Nacional de Saúde).

CAMPOS, Gastão. Wagner S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 11.ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DIVULGAÇÃO em Saúde para Debate. Os caminhos do PSF no Brasil: as cidades escrevendo suas histórias. Rio de Janeiro: Cebes, n. 21, dez. 2000, 83 p.

ENCONTRO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DAS CAPITAIS,1., 2001, Rio de Janeiro. Os desafios da implantação do PSF nas capitais e o processo de municipalização: construindo

uma agenda de trabalho. Rio de Janeiro, 2001. Mimeografado.

FIGUEIREDO, José Bernardo B.; SCHIRAY, Michel; LUSTOSA, Tania Aquiles de O. Relações de pobreza com trabalho e família: estudo de identificação para a região metropolitana do Rio de Janeiro, em 1987. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1990.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY; Emerson Elias. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. [S.l.], 1999. Mimeografado.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

GIOVANELLA, L. Solidariedade ou competição? políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios – 1997. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

_____. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

MACHADO, M. H. (Coord.). Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil e grandes regiões: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MELLO JORGE, Maria Helena; GOTLIEB, Sabina Léa D.; LAURENTI, Ruy. A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999. Brasília: Opas, 2001.

MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM Saúde da Família, 1., 22 a 25 de novembro de 1999. Brasília. Livro de resumos. [Brasília, 1999?].

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. A vinculação institucional de um trabalhador sui-generis – o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. 28 p. (Texto para Discussão n. 735).

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001.

ROCHA, Sônia. Governabilidade e pobreza: o desafio dos números. In: VALLADARES, Licia; COELHO, Magda P. (Org.). Governabilidade e pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. p. 221-265.

SANTOS, Silvia Rangel dos. Subsídios para identificação de situações municipais, desenvolvimento de atenção básica, MS/SPS/DAB. Brasília, 2001. Mimeo.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 240 p.

SOUSA, Maria Fátima de et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-14, dez. 2000.

STARFIELD, Barbara. Atención primaria. equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: Fundació Jorgi Gol i Gurina; Masson. 2001. Título em português: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; Unesco, 2002, 726 p. ISBN 85-87853-72-4. Título original: Primary care: balancing health needs, services, and technology.

TENDLER, J. Bom governo nos trópicos: uma visão crítica. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: Enap, 1998.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

_____. Ana Luiza D'Ávila. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 18, p. 139-151. 2002. Suplemento.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

http://www.saude.gov.br/bvs

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

http://www.saude.gov.br/editora

Editora MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
Ministério da Saúde
(Normalização, revisão, editoração)
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora
Brasília – DF, dezembro de 2005
OS 0007/2005