FÁBIO ARAGÃO KLUTHCOVSKY

**Avaliação do processo de expansão do
Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, convênio MINTER realizado entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná. Inserido na Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria José Bistafa Pereira

RIBEIRÃO PRETO
2005

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fábio Aragão Kluthcovsky

Avaliação do processo de expansão do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, convênio MINTER entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná. Inserido na Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria José Bistafa Pereira

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Assinatura:.....

Prof^a. Dr^a. Prof^a Ione Carvalho Pinto

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Assinatura:.....

Prof. Dr. José Sebastião dos Santos

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Assinatura:.....

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Kluthcovsky, Fábio Aragão

Avaliação do processo de expansão do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil. Ribeirão Preto: EERP/USP, 2005.
186 f.

Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, convênio MINTER entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná. Área de Concentração: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Pereira, Maria José Bistafa

1. Programa Saúde da Família. 2. Estudos de Avaliação. 3. Avaliação de Programas.

DEDICATÓRIA

A Deus, que tem preservado a minha vida e me dado graça sobre graça.

À minha esposa Ana. Obrigado pelo companheirismo, dedicação e amor. Sem você este trabalho não teria sido registrado porque não teria acontecido. Você é meu tesouro.

Aos meus queridos filhos Lucas e Samuel. Minha herança e alegria aqui na terra.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Maria José Bistafa Pereira muito obrigado por tudo. Correção, conhecimento, apoio, paciência, interesse e especialmente amizade forma marcas impressas neste trabalho e em meu coração ao longo da jornada de orientação.

À Prof^a. Dr^a. Silvana Martins Mishima, seu conhecimento e experiência foram extremamente importantes para enriquecer este trabalho. Muito obrigado.

Ao Prof. Dr. José Sebastião dos Santos, pela disponibilidade, exemplo e generosidade. Sua experiência muito me ajudou no transcorrer deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Ione Carvalho Pinto, sua disponibilidade de auxiliar na finalização deste trabalho é uma importante lição de desprendimento e companheirismo. Muito obrigado.

A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e à Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela oportunidade de realização do Curso de Mestrado.

Às professoras do MINTER USP-UNICENTRO, pelo apoio e incentivo.

Às pessoas que me ajudaram na coleta dos dados para este trabalho.

Portanto, meus amados irmãos, sede firmes e constantes, sempre abundantes na obra do Senhor, sabendo que o vosso trabalho não é vão no Senhor.

(I Cor 15:58)

RESUMO

KLUTHCOVSKY, F. A. **Avaliação do processo de expansão do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil**. 2005. 186 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Este é um estudo de caso com abordagens qualitativa e quantitativa, tendo como objetivo a descrição do histórico e a avaliação do processo de expansão do PSF em um município do Sul do Brasil, ocorrido entre dezembro de 2002 e dezembro de 2004. Foi utilizado o referencial Donabedian para avaliação de estrutura, processo e resultado e posterior comparação, em um estudo tipo *before and after*, na evolução da cobertura pelo PSF, calculada pela sistemática do Ministério da Saúde, de 23,85%(dez/2002) para 70%(dez/2004). A discussão dos resultados foi realizada em conjunto com uma descrição do histórico da expansão de 11 para 33 equipes de saúde da família através de pesquisa documental onde, mediante análise de conteúdo, se procedeu a identificação de temas relativos à estrutura, processo e resultado relacionados com o PSF. Em relação à estrutura, foram comparados recursos financeiros, recursos humanos, instalações físicas, veículos, referência especializada, exames complementares e gastos com medicamentos. Proporção de organização de prontuários individuais por famílias, cobertura por consultas médicas e de enfermagem e cobertura de visitas domiciliares no PSF foram os itens analisados em processo. Para a avaliação de resultado foram comparadas as taxas de mortalidade infantil, percentual de cobertura de gestantes com mais que 6 consultas de pré-natal, taxas de incidência de internações no SUS por infecções respiratórias e doença diarreica em menores de 5 anos. A comparação entre os momentos evidencia um significativo incremento em todos os itens de estrutura comparados, com destaque para recursos financeiros e humanos, referência especializada e instalações físicas. Em relação a processo, foi adotada maciçamente uma sistemática de arquivamento de prontuários individuais por famílias cadastradas, houve um aumento dos quantitativos de consultas médicas no PSF com redução de consultas de clínica médica, pediatria e de urgência. Como resultante, na comparação entre os momentos, houve queda no quantitativo e cobertura de consultas nas especialidades básicas. A cobertura por consultas de enfermagem aumentou em 160,7% no período de comparação. A cobertura de visitas domiciliares na sistemática do SISPACTO aumentou em 92,3% entre os momentos analisados, sendo estudada a variação por categoria profissional. Na avaliação de resultado ocorreu uma piora na cobertura de gestantes com mais que 6 consultas de pré-natal com redução de 61,6% para 50,0%. Os coeficientes de internação no SUS por infecção respiratória aguda e por doença diarreica aumentaram em 29,1% e 15,3%, respectivamente. A mortalidade infantil reduziu em 33,0 %, de 28,8‰ para 19,3‰. A descrição histórica resgata o período anterior à expansão até o final de 2004, término da análise deste estudo. A combinação dos dados quantitativos com a descrição histórica permitiu identificar os elementos facilitadores e dificultadores em um processo de expansão.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Estudos de Avaliação, Avaliação de Programas.

ABSTRACT

KLUTHCOVSKY, F. A. Evaluation of the Family Health Program expansion process in a South of Brazil city. 2005. 186f. Master's Dissertacion – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

This is a study of case with qualitative and quantitative approach. It has as objective the description of the historical description and the evaluation of the Family Health Program (FHP) expansion process in a South of Brazil city, occurred between December of 2002 and December of 2004. It was used the Donabedian model for structure, process and result evaluation and subsequent comparison, in a before and after study type, in the covering area evolution of the program, calculated by the Health Department systematic, from 23,85%(dec/2002) to 70%(dec/2004). The results discussion was carried out joined to a historical description expansion from 11 to 33 Family's Health teams. It was done through documentary research, where, using the content analysis, it was possible to identify the subjects related to the structure, process and results related to the FHP. Related to the structure was compared financial resources, human resources, physical installations, vehicles, specialized reference, complementary examinations and expenses with medicines. The items analyzed in process were ratio of individual medical record organization for families, covering for medical and nursing consultations and covering of home visits in the FHP. For the result evaluation the taxes of children's mortality, percentage of pregnant covering with more than 6 prenatal consultations, rates of hospital admission incidence, using the Brazilian Health System, for respiratory infections and diarrhea illness in children under 5 years old were compared. The comparison between the moments evidences a significant meaningful in all items of structure compared, with prominence for financial and human resources, specialized reference and physical installations. About the process, it was adopted an individual medical record filling systematic for registered families. There was an increase in the number of medical consultations in the FHP with reduction for the medical clinic, pediatrics and urgency consultations. As resultant, in the comparison between the moments, it reduced the amount and the consultations covering in the basic specialties. The covering of nursing consultations increased in 160, 7% in the period of comparison. The home visits covering in the systematic of the SISPACTO increased in 92,3% between the analyzed moments, the variation was studied in each professional category. In the results evaluation occurred a worsening in the pregnant with more than 6 consultations of prenatal covering, with reduction from 61,6% to 50,0%. The coefficients of hospital admission using the Brazilian Health System for respiratory infection and diarrhea illness had increased in 29,1% and 15,3%, respectively. Children's mortality reduced in 33,0%, from 28,8‰ to 19,3‰. The historical description refers to the period before the expansion until the end of 2004, when the analysis of this study was finished. The facilities and limiters in an expansion process are identified by the combination of the quantitative data with the historical description.

Keywords: Family Health Program. Evaluation Studies. Program Evaluation.

RESUMEN

KLUTHCOVSKY, F. A. **Evaluación de un proceso de extensión del Programa Salud de la Familia en una ciudad sureña del Brasil**. 2005. 186f. Disertación de Maestría – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Este estudio de caso con abordaje cualitativo y cuantitativo, presenta la descripción y evaluación del proceso de extensión del PSF en una población sureña del Brasil entre diciembre de 2002 y diciembre de 2004. Fue utilizado el referencial Donabedian para la evaluación de estructura, proceso y resultado y posterior comparación. en un estudio tipo *before and after*, durante el atendimento por el PSF, calculado por el sistema del Ministerio de Salud, de 23,85%(dic/2002) para 70%(dic/2004). La discusión de los resultados fue realizada en conjunto con una descripción del histórico de la expansión de 11 para 33 equipos de salud de la familia a través de pesquisa documental donde, mediante análisis de contenido, se procedió a la identificación de temas relativos a la estructura, proceso y resultado relacionados con el PSF. Con relación a la estructura fueron comparados recursos financieros y humanos, instalaciones físicas, vehículos, referencia especializada, exámenes complementarios y gastos con medicamentos. Proporción de organización de prontuarios individuales por familias, cobertura por consultas médicas, enfermería y visitas domiciliarias en el PSF, fueron los temas analizados en el proceso. La evaluación de resultados se obtuvo comparando las estadísticas de mortalidad infantil, porcentaje de inclusión de gestantes con más de 6 consultas de prenatal, número circunstancial de internaciones en el SUS por infecciones respiratorias y diarreas en menores de 5 años. La comparación entre los momentos evidencia un significativo incremento en todos los asuntos de estructura comparados, con destaque para recursos financieros y humanos, referencia especializada e instalaciones físicas. Con relación al proceso, fue adoptado macizamente un sistema de archivo de prontuarios individuales por familias catastradas, habiendo un aumento cuantitativo de consultas médicas en el PSF con reducción de consultas de clínica médica, pediatría y de urgencias. La comparación entre los momentos dio como resultado una caída en lo cuantitativo y cubrimiento de consultas en las especialidades básicas. El atendimento a consultas de enfermería creció 160,7% en el período de comparación. La labor de visitas domiciliarias con el método SISPACTO aumentó 92,3% entre los momentos analizados, siendo estudiada la variación por categoría profesional. El examen de resultado indicó una caída en la atención a gestantes con más de 6 consultas de prenatal con reducción de 61,6% para 50,0%. Los coeficientes de internación en el SUS por infección respiratoria aguda y por diarreas aumentaron 29,1% y 15,3%, respectivamente. La mortalidad infantil de 33,0 %, se redujo de 28,8% para 19,3%. La descripción histórica rescata el período anterior a la expansión hasta el final de 2004, término del análisis de este estudio. La combinación de los datos cuantitativos con la descripción histórica permitió identificar los elementos facilitadores y dificultadores en un proceso de expansión.

Palabras clave: Programa Salud de la Familia. Evaluación de Programas. Estudios de Evaluación.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Transferências e pagamentos realizados pelo Fundo Nacional de Saúde ao município (FMS), valores em reais, em 2002 e 2004	Página 76
Tabela 2: Transferências e pagamentos realizados ao município, pelo Fundo Nacional de Saúde, atenção básica, média e alta complexidades, valores <i>per capita</i> em reais, em 2002 e 2004	77
Tabela 3: Transferências e pagamentos realizados pelo Fundo Estadual de Saúde ao município, valores <i>per capita</i> , em reais, em 2002 e 2004	77
Tabela 4: Despesas empenhadas, finalizadas e pagas com saúde, com recursos próprios do município, e percentual de aplicação de recursos próprios do município, segundo a EC-29, valores em reais, em 2002, 2003 e 2004	78
Tabela 5: Número de profissionais na Secretaria Municipal de Saúde do município, por níveis e categorias profissionais, e variação percentual, dezembro de 2002 e 2004	81
Tabela 6: Número de horas médico diárias da Secretaria Municipal de Saúde do município, por áreas de atuação e variação percentual, dezembro de 2002 e 2004	82
Tabela 7: Número de horas médico diárias na atenção básica por clínicas básicas, e variação percentual, dezembro de 2002 e 2004	83
Tabela 8: Número de unidades básicas de saúde do município, por tipo tipo, em dezembro de 2002 e 2004	84
Tabela 9: Número de consultas médicas especializadas do Centro Municipal de Especialidades (CME) e do Consórcio Intermunicipal Saúde (CIS), em 2002 e 2004	87
Tabela 10: Número total de exames eletrocardiográficos, de patologia clínica, radiodiagnóstico e exames ultrassonográficos e variação percentual em 2002 e 2004	88
Tabela 11: Número de exames eletrocardiográficos, de patologia clínica, radiodiagnóstico e exames ultrassonográficos produzidos em serviços próprios e variação percentual, 2002 e 2004	89
Tabela 12: Total de despesas anuais com aquisição de medicamentos, nos âmbitos federal, estadual e municipal, valores em reais, em 2002 e 2004.	90
Tabela 13: Número de consultas médicas de PSF das clínicas básicas, realizadas no município e variação percentual, em 2002 e 2004	91
Tabela 14: Número de visitas domiciliares: auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e outros profissionais nível superior e variação percentual, 2002 e 2004.	95
Tabela 15: Número de internações totais, em menores de 5 anos, proporção relativa e evolução em 2002 e 2004	100
Tabela 16: Coeficientes de mortalidade neonatal precoce, tardia, pós-neonatal e mortalidade infantil, por 1.000 nascidos vivos e variação percentual, em 2002 e 2004	102

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMPDS	Ambulatório Médico de Pneumologia e Dermatologia Sanitárias
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID - 10	Código Internacional de Doenças – 10ª Revisão
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CME	Centro Municipal de Especialidades
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
DD	Doença diarreica
ECG	Eletrocardiogramas
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAE	Fração Ambulatorial Especializada
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
MS	Ministério da Saúde
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel a Urgências
SB	Saúde Bucal
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH/SUS	Sistema de Internações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascimentos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISPACTO	Pacto de Indicadores da Atenção Básica (SISPACTO)
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidades de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	17
1.2 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA IMPLEMENTAÇÃO DO PSF COMO PROJETO DE GOVERNO	27
1.3 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE	34
1.4 AVALIAÇÃO DO PSF	52
1.5 JUSTIFICATIVA	57
2 OBJETIVOS	58
2.1 OBJETIVO GERAL	58
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
3 METODOLOGIA	59
3.1 TIPO DO ESTUDO	59
3.2 AVALIAÇÃO MODELO SISTÊMICO - DONABEDIAN	62
3.2.1 Indicadores de avaliação - estrutura	62
3.2.2 Indicadores de avaliação - processo	65
3.2.3 Indicadores de avaliação - resultado	68
3.3 DESCRIÇÃO HISTÓRICA DA EXPANSÃO DO PSF NO MUNICÍPIO	72
3.4 LOCAL DE ESTUDO - A REALIDADE DO MUNICÍPIO	73
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	75
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	75
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA AVALIAÇÃO NO MODELO SISTÊMICO - DONABEDIAN	76
4.1 INDICADORES DE AVALIAÇÃO – ESTRUTURA	76
4.1.1 Recursos financeiros	76
4.1.2 Recursos humanos	80
4.1.3 Instalações físicas	84
4.1.4 Veículos	86
4.1.5 Referência especializada	86
4.1.6 Exames complementares	87
4.1.7 Medicamentos	89
4.2 INDICADORES DE AVALIAÇÃO – PROCESSO	90
4.2.1 Organização de prontuários individuais por cadastro familiar	90
4.2.2 Consultas médicas e de enfermagem	91
4.2.3 Visitas domiciliares	94
4.2.4 Índice de cobertura pelo PSF	97
4.3 INDICADORES DE AVALIAÇÃO – RESULTADO	98
4.3.1 Percentual de gestantes com mais de 6 consultas no pré-natal	98
4.3.2 Incidência de internações no SUS por doença diarreica em crianças menores de 5 anos	99
4.3.3 Incidência de internações no SUS por infecção respiratória aguda em crianças menores de 5 anos	99
4.3.4 Coeficiente de mortalidade infantil	101
5 DESCRIÇÃO HISTÓRICA E ANÁLISE DO PROCESSO DE EXPANSÃO	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	170
ANEXOS	187

APRESENTAÇÃO

O autor é médico e, desde a graduação, há 16 anos, atua em saúde pública. No início da carreira pôde acompanhar o início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), trabalhando em municípios caracterizados por baixos índices de desenvolvimento humano, que pertenciam à região de maior concentração de pobreza no Sul do Brasil. Neste contexto, a perspectiva de um atendimento em saúde humanizado, em unidades de saúde descentralizadas, era uma constante em campanhas eleitorais municipais, e um grande desejo da população.

A primeira oportunidade de emprego surgiu em município caracterizado pela pobreza e desorganização da rede assistencial. Recém formado, passou a encarar o desafio da assistência à saúde de uma população extremamente necessitada e com poucos recursos. Este desafio apresentou dimensões crescentes em função da subsequente nomeação para gestão do incipiente sistema municipal de saúde.

Nesta época, início da década de noventa, a única maneira de dar uma resposta racional à crescente demanda de consultas e procedimentos médicos em cada unidade de saúde pareceu ser o estabelecimento de um processo de trabalho que combinasse delimitação de um território, com adscrição da clientela. Desta maneira, seria possível criar um ambiente para a resolutividade, humanização, coordenação e longitudinalidade na atenção aos pacientes. Na busca pela concretização deste objetivo, fez-se necessária a interposição de pessoas da comunidade como ligação com a equipe de saúde, formada basicamente por médicos e atendentes de enfermagem. Era uma lógica compatível com o Programa Saúde da Família (PSF) antes da proposição do mesmo pelo Ministério da Saúde (MS).

Na seqüência, o PSF foi proposto pelo MS, porém não foi possível a sua implantação no referido município, principalmente pela dificuldade em encontrar profissionais de nível superior e técnico que aceitassem trabalhar em uma região que apresentava tantas dificuldades. Assim, a fixação de profissionais de saúde com disponibilidade para a dedicação preconizada no programa, geralmente só ocorria caso fossem oferecidos salários acima das médias regional e nacional.

A partir de novembro de 1999, com o incremento no valor dos incentivos repassados pelo MS para os municípios em direta proporção com as faixas de cobertura populacional pelo programa (BRASIL 1999a), a lógica financeira passou a ser o melhor argumento, junto à administração de pequenos municípios, para a adoção do PSF.

Neste contexto, um pequeno número de equipes representa 100% de cobertura do PSF, com alcance do valor máximo de repasse financeiro por equipe de saúde. Este montante, mais uma significativa contra-partida do tesouro municipal, permitiu a constituição de um total de 3 equipes de saúde da família (ESF).

A expectativa da população e a necessidade de apresentar realizações na área da saúde, também foram fatores que influenciaram positivamente na opção da administração municipal pelo referido programa. Esta busca por uma satisfação ao eleitorado, no município, pareceu ser a reprodução de uma proposta de igual natureza no âmbito do MS, cujo titular preparava, em 2002, a respectiva candidatura à Presidência da República. Certa desconfiança por parte do prefeito municipal, em relação à sustentabilidade do PSF a médio e longo prazo, foi o aspecto negativo desta associação de tempos técnico e político.

Constituídas as equipes no município, precocemente se verificou uma ampliação significativa do acesso, com satisfação dos usuários. No entanto,

problemas relativos à estrutura e processo de trabalho das equipes do PSF dificultavam a avaliação de outros resultados.

A partir de meados de 2001, por motivos políticos, o autor deixa de atuar como gestor em saúde e implementador da estratégia do PSF, para integrar uma equipe de PSF em Guarapuava, município de médio porte, pólo da referida região. Este contato com o processo de trabalho do PSF em um bairro pobre, produziu algumas respostas e criou um grande número de inquietações a respeito das potencialidades do PSF, que, nesta época, já era considerado pelo MS como uma estratégia estruturante da atenção básica.

Dois anos mais tarde, em julho de 2002, assume o cargo de Secretário Municipal de Saúde, quando foi responsável por um processo de expansão do PSF, permanecendo no cargo até o final da administração, em dezembro de 2004.

A necessidade de constante avaliação das ações de saúde fez parte de todo o histórico de atuação profissional, em especial naqueles momentos em que ocupava o cargo de gestor de saúde. No referido contexto, nasceu a inquietação de avaliar a contribuição do PSF, principalmente quando de sua rápida expansão no município.

A idéia do presente estudo surgiu da combinação de questionamentos feitos pelo implementador de uma estratégia, que, simultaneamente, era o gestor do sistema de saúde e, por outro lado, trazia a experiência de ter sido integrante de uma equipe do PSF no mesmo município.

A respeito da avaliação de programas e de serviços de saúde, há consenso que um grande volume de estudos sobre o assunto já foi produzido na literatura especializada (CONSTANDRIOPOULOS, 1999; HARTZ, 1997).

Adicionalmente, a pertinência do assunto transcende a questão da ciência como finalidade e abarca aspectos extremamente práticos, envolvendo tomada de decisões visando ajustar e/ou corrigir intervenções (CONTANDRIOPOULOS, 1999; DONABEDIAN, 1985b; DI VILLAROSA, 1993).

Apesar de toda a argumentação favorável, a avaliação na área de saúde, no contexto brasileiro, ainda é incipiente (NOVAES, 1996, 2000; RATTNER, 1996), e envolve questões metodológicas complexas, que serão discutidas adiante.

Nos últimos anos, houve uma grande expansão do PSF no Brasil. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do MS, em Junho de 2005 são contadas 22.410 equipes de Saúde da Família implantadas em 4.791 municípios, com cobertura de pouco mais de 40% da população Brasileira (Brasil, 2005a).

A perspectiva de avaliar uma estratégia de saúde em um contexto de implantação e expansão é a questão central a ser respondida por este estudo, podendo ser resumida como: Qual a contribuição da rápida expansão do PSF no município estudado?

Obedecendo a lógica da proposição da estratégia, o pressuposto é que há uma contribuição positiva para a saúde no contexto estudado, sendo esperado algum nível de melhora nos respectivos indicadores de atenção à saúde.

Conforme relatado, o pesquisador foi o responsável pelo processo de territorialização do quadro urbano do município (GUARAPUAVA, 2002a) e subsequente planejamento da rápida expansão do PSF. Na seqüência, exerceu a coordenação do programa junto à Secretaria e, a partir de julho de 2003 assumiu o cargo de Secretário Municipal de Saúde. Nesta situação, é inegável o envolvimento do mesmo com o objeto de estudo, como pontuado por Goldemberg (1997, p. 32):

Cabe lembrar que a totalidade de qualquer objeto de estudo é uma construção do pesquisador, definida em termos do que lhe parece mais útil para responder ao seu

problema de pesquisa. Uma das dificuldades do estudo de caso decorre exatamente do fato de a totalidade pesquisada ser uma abstração científica construída em função de um problema a ser investigado. É irreal supor que se pode ver, descrever e descobrir a relevância teórica de tudo. Na verdade, os pesquisadores acabam se concentrando em alguns problemas específicos que lhes parecem de maior importância. Torna-se difícil traçar os limites do que deve ou não ser pesquisado já que não existe limite inerente ao intrínseco ao objeto.

Em que pesem as dificuldades citadas, o presente trabalho busca documentar em seis capítulos a experiência de uma rápida expansão do PSF, em um município de médio porte, através de um referencial de avaliação consagrado na literatura.

No primeiro capítulo é feita uma breve revisão da proposta da estratégia do PSF, da questão da governabilidade ao longo da implementação de um determinado projeto e de referenciais de avaliação de serviços de saúde atualmente utilizados.

No capítulo dois são apresentados os objetivos do presente estudo.

No capítulo três são abordados os aspectos metodológicos, ou seja, o local e a população do estudo, a operacionalização da coleta dos dados e o instrumento de coleta de dados.

Os resultados e discussão da avaliação através do modelo Donabedian são apresentados no quarto capítulo.

No capítulo cinco é realizada a descrição histórica e análise da expansão do PSF, com base na análise de conteúdo de documentos do período.

No sexto capítulo estão as considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF é uma estratégia do MS, instituída como programa em 1994, como um passo subsequente e aprimorado do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado, em junho de 1991 (BRASIL, 1999b).

O PSF acrescenta ao trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) uma equipe mínima de profissionais composta por médico, enfermeiro e auxiliar(es) de enfermagem (BRASIL, 2004a). Mais do que uma adição de saberes e práticas, é preconizada uma interação entre os componentes da equipe, de modo a produzir uma sinergia sobre problemas de saúde da população atendida, com vistas a ações resolutivas (COELHO; ANDRADE, 2004).

O território ou área de abrangência, em um enfoque multiprofissional, é outra inovação do PSF. A equipe tem comprometimento com um quantitativo populacional distribuído ao longo de um espaço geográfico delimitado e contínuo, assim, o foco de atuação deixa de ser centrado exclusivamente na clientela que frequenta uma determinada unidade de saúde. Há a proposta de uma atuação pró-ativa, de vigilância à saúde, com práticas sanitárias programadas com base na realidade do território, abrangendo uma gama de ações sobre a realidade local nos determinantes do processo saúde-doença. Estes determinantes incluem infra-estrutura, tipos de domicílios, saneamento básico, escolaridade, ocupação, estrutura familiar, organização comunitária e perfil nosológico, com a adoção obrigatória de um enfoque extra muros da unidade de saúde (BRASIL 2000a; CONASS, 2004; TEIXEIRA, 2004).

A definição de área de abrangência não é feita em termos de um quantitativo

geográfico. Neste particular, a exigência é de que haja contigüidade entre as localidades atendidas por uma determinada equipe. Para o MS, a área de abrangência é definida através de critérios populacionais, devendo cada equipe atender de 600 a 1000 famílias, em uma média de aproximadamente 3.450 pessoas, para cálculos de cobertura e incentivos financeiros (BRASIL, 1998, 2004a).

Embora se preconize que o atendimento da equipe se desenvolva junto às famílias; a área de abrangência deve contar com uma unidade de saúde de referência onde é dada resposta à demanda espontânea, assim como àquela originada por uma prática de vigilância à saúde. Exige-se uma estrutura mínima para os atendimentos aos programas nacionais de imunopreveníveis (incluindo rede de frio), pré-natal normal ou de baixo risco, hanseníase, tuberculose, diabetes sacarino, hipertensão arterial e, naquelas unidades com equipes de odontologia, saúde bucal (BRASIL, 2004b).

A lógica de uma área de contigüidade geográfica com adscrição de clientela com um limite populacional de cobertura, longe de contemplar a totalidade da perspectiva do território, inova no sentido da migração do modelo biomédico para um maior compromisso dos profissionais de saúde com a população atendida, inclusive pela exigência de dedicação de oito horas diárias e trabalho em equipe (BRASIL, 1997).

Equipes do PSF atuando em áreas urbanas e rurais apresentam importante diferença em relação ao processo de trabalho em função do desenho territorial. As primeiras, em geral, atendem uma numerosa clientela em áreas pequenas; as últimas comumente são obrigadas a deslocamentos significativos para atendimento em localidades com baixa densidade demográfica.

Tais diferenças exigem naturalmente recursos específicos para cada situação,

não previstos originalmente na equipe mínima anteriormente citada. Por outro lado, a adscrição de clientela é mais facilmente obtida na zona rural pela limitação de acesso a outras opções.

As ações de atenção à demanda da população, não se constituem o único objetivo do programa. No entanto, a capacidade de atender à demanda espontânea com qualidade, tanto nos aspectos técnico quanto de relação entre a equipe e a população atendida, tem o importante papel de respaldar a equipe junto à comunidade e de informar as prioridades relativas às ações de vigilância à saúde, conforme apontado pelo MS (BRASIL, 2004a, p.62):

Outro erro é pensar que as ESF são responsáveis apenas pelas visitas domiciliares e atividades coletivas ou individuais de prevenção a doenças, enfermidades, patologias em geral, enquanto a assistência curativa continua sob responsabilidade de outros profissionais do modelo anterior, tradicional. Essa é uma grave distorção, que põe por terra pontos básicos do PSF, que são a Integralidade e a Resolutividade: nos territórios onde estejam implantadas, as Unidades de Saúde da Família são as responsáveis por toda atenção básica das comunidades, sem que haja paralelismo na assistência prestada.

Do ponto de vista técnico, a ESF deve ofertar à população ações de saúde resolutivas através de práticas estabelecidas com base em evidências (RYCHETNIK; FROMMER, 2002; RYCHETNIK et al., 2004).

Estas ações são desenvolvidas na unidade básica de saúde, domicílios, escolas, centros comunitários, por todos os profissionais que compõem a equipe mínima de Saúde da Família.

No relacionamento da equipe com a população, a humanização do atendimento é importante, envolvendo todos os elementos da equipe em uma espécie de acolhimento, em um relacionamento de confiança e cordialidade, das demandas da comunidade (DONABEDIAN, 1990; STARFIELD, 2002a).

O termo acolhimento pode induzir a uma falsa impressão de uma postura não discriminativa de resposta à demanda espontânea da população. Porém, a prática

de vigilância à saúde pressupõe uma arena de constante negociação com a população em torno do enfrentamento das demandas contínuas, em geral valorizadas pelas ESF, e esporádicas, valorizadas pela população. Em ambas as situações, as ações devem se caracterizar pela integralidade e resolutividade, de modo a combinar satisfação da clientela com eficiência e efetividade do PSF.

Este processo de trabalho envolve a administração de conflitos em um processo de planejamento estratégico que abrange situações diversas, desde o atendimento a uma urgência de baixa complexidade na unidade de saúde (uma criança com febre que chega à unidade no final do expediente) até a articulação intersetorial de uma demanda local (um projeto local de abastecimento de água). Embora haja nítida diferença de importância e impacto entre o último exemplo e o primeiro, a ESF deve ter habilidade para dar resposta a uma grande gama de situações que se apresentam cotidianamente. É uma construção continuada exigindo dos elementos das ESF trabalho com alta complexidade tecnológica (MCLEROY et al., 2003; PLSEK; GREENHALGH, 2001) e capacidade de adaptação.

Plochg e Klazinga (2002), apesar de reconhecerem a inerente dificuldade, advogam que apenas sistemas de saúde integrados à comunidade, à semelhança da proposta do PSF, têm perspectiva de alcançarem qualidade nessas ações.

Para tanto, é fundamental a criatividade na busca de soluções locais para problemas relacionados à saúde da população. Este processo tem o mérito de estabelecer e intensificar vínculos de co-responsabilidade entre os componentes das equipes e a população (TEIXEIRA, 2004).

Para o MS, o principal propósito do PSF é organizar a prática de atenção à saúde no contexto SUS em novas bases, substituindo o modelo tradicional (SOLLA,

2004).

De maneira genérica, são incorporados ao PSF programas instituídos pelo MS, como, por exemplo, imunopreveníveis, diabetes, hipertensão arterial, planejamento familiar, saúde da criança e saúde da mulher (BRASIL, 2004b).

O MS assume oficialmente o caráter estratégico do PSF afirmando a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, estabelecendo a ESF como porta de entrada do sistema, na perspectiva de substituição das práticas convencionais. Em documento oficial, Leucovitz e Garrido (1996, p. 3-4), definem o PSF (grifo do autor):

Saúde da Família não é uma estratégia paralela na organização de serviços, mas uma proposta substitutiva, de reestruturação do modelo[...]. A importância estratégica do PSF está justamente no fato dele conseguir substituir a porta de entrada do sistema por uma outra interface, que não seja isolada do restante do sistema[...]. Tecnicamente a unidade de saúde da família passa a ser a porta de entrada do sistema com a oferta de uma atuação sanitária que incorpora a atenção médica tradicional à uma lógica efetivamente de promoção à saúde.

O modelo de Saúde da Família, servindo de porta de entrada para o sistema, mais do que uma mera modificação de fluxo, deve se constituir em um novo modo de estruturação da própria demanda, uma vez que a prática sanitária obedece a um paradigma de Promoção à Saúde, reorganizando a atenção básica, nos moldes propostos por Starfield (2002b).

O MS ao definir atenção básica, adota um referencial amplo onde se evidencia toda uma expectativa em relação ao processo de trabalho do PSF como eixo estruturante do referido nível de atenção (BRASIL, 2003a, p.7):

Atenção básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos

usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sócio-cultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Simultaneamente à tese do caráter substitutivo e estratégico do PSF, o MS assume a necessidade de formação de recursos humanos para o desenvolvimento das novas práticas preconizadas (BRASIL, 2000b).

A criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família (BRASIL, 2001a) foi a forma de responder à demanda por profissionais capacitados no novo modelo. Estes pólos, normalmente vinculados às Instituições de Ensino Superior (IES) articuladas com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, deveriam ocupar uma espécie de lacuna, no curto prazo, na formação de recursos humanos para demanda imediata do PSF, especialmente médicos e enfermeiros. Adicionalmente foram propostas mudanças curriculares nos cursos da área de saúde, inclusive com financiamento oficial para tanto (MARTINS, 2005). Outro esforço que merece menção é o Programa de Interiorização de Trabalho em Saúde (PITS) (BRASIL, 2001b).

O desafio do referidos pólos envolvia a difícil tarefa de, em um limitado espaço de tempo, influenciar a atuação de profissionais com formação baseada no paradigma flexneriano de atenção médica, no sentido de um modelo que contempla a integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2000b).

A partir de 2003, com a nova gestão Federal, foi criada, no âmbito do MS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. A partir desta Secretaria, foram propostos Pólos de Educação Permanente em Saúde, que estariam incumbidos de um amplo processo de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) nos diferentes níveis de atenção, inclusive a

atenção básica e, por conseguinte, incluindo o PSF (BRASIL, 2004c).

O MS projetava a expectativa que a ESF seria capaz de resolver uma parcela significativa dos problemas de saúde da população na respectiva área de abrangência (BRASIL, 2000a, 2004a).

A estratégia de estruturação da atenção básica, através do PSF, tem potencialidades interessantes para a população, especialmente no sentido da humanização do atendimento e comprometimento dos profissionais com a comunidade. Por outro lado, para os gestores municipais de saúde representa uma possibilidade de ampliação de recursos para atenção primária, tanto pelo co-financiamento, através de recursos federais e, em alguns casos, estaduais, quanto pela melhora da efetividade das ações de saúde (BRASIL 2000a, 2004a ; MENDES; MARQUES, 2004).

Em que pesem as referidas potencialidades, em 1994, por ocasião da proposição do programa pelo MS, a resposta para implantação de ESF pelos municípios foi pequena. No decorrer do primeiro ano foram estruturadas 328 equipes (BRASIL, 2004d).

Além da dificuldade em relação à novidade, o humilde começo pode ser atribuído ao fato de que o valor repassado pelo MS aos municípios era bastante inferior ao custo das equipes e da dificuldade quanto aos recursos humanos, especialmente médicos, em função, dentre outros fatores, da jornada de 8 horas de trabalho diária (BRASIL, 2002a).

Em novembro de 1996 o MS, pela primeira vez, incluiu programas em uma Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB – SUS 96, o PACS e o PSF, estabelecendo percentuais de acréscimo ao montante de recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) repassados aos municípios que optassem pelos referidos

programas. É interessante ressaltar que, além de maiores acréscimos para o PSF em relação ao PACS, estava previsto um escalonamento de percentuais crescentes diretamente proporcionais a faixas de cobertura populacional pelos programas, modificando, desta maneira, a lógica de financiamento, anteriormente baseada na produção de serviços (BRASIL, 1996).

Em dezembro de 1998, após 5 anos de funcionamento do PSF no país, havia 3.119 equipes, em um total de 1.219 municípios, distribuídos em 24 Estados (BRASIL, 2004d). Em outubro de 1999, subiu para 1.693 o número de municípios com ESF, abrangendo 26 Estados da Federação (BRASIL, 2004d).

Em novembro de 1999, através da Portaria nº 1329/GM, foram ampliados os valores de repasse mensal aos municípios, a título de incentivo, em uma nova sistemática para o cálculo de valores para o PSF. Nesta, os recursos foram distribuídos de forma crescente em nove faixas de cobertura populacional. Adicionalmente, foi criado um incentivo repassado em duas parcelas de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por equipe implantada após outubro de 1999. O montante de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) se constituiu em uma espécie de bônus para custeio das despesas de estruturação das equipes (BRASIL, 1999a).

A fixação de valores maiores para coberturas populacionais mais significativas, por exemplo, 70% ou mais de cobertura populacional correspondia ao repasse anual máximo de R\$ 54.000,00 (cinquenta e quatro mil reais) ou R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais) por mês, contemplou de forma privilegiada municípios de até 15.000 habitantes. Nestes, com três ESF já era atingida a cobertura populacional de 70%, significando, além do bônus inicial de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), um repasse mensal de R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais). Estes valores, embora não cobrindo os custos das equipes de PSF, representaram

um significativo reforço financeiro para municípios com baixa arrecadação.

A ampliação dos recursos federais para o PSF resultou em um significativo aumento do número de equipes no cenário nacional, de modo que, em maio de 2000 o número de ESF em 26 Estados da Federação e no Distrito Federal havia subido para 7.291 (BRASIL, 2004d).

Como anteriormente referido, municípios de pequeno porte foram os maiores beneficiados com a estratégia de financiamento adotada. Nestes, em outras circunstâncias, profissionais de saúde, especialmente médicos, em geral provenientes de municípios vizinhos melhor estruturados, eram contratados com altos salários, para prestação de serviços em tempo parcial, sem maiores vínculos com a administração e a população, exclusivamente às expensas dos recursos municipais e valores do PAB fixo. Com recursos adicionais, gestores dos municípios de pequeno porte puderam oferecer remuneração melhor com capacidade de atrair profissionais de saúde com maior envolvimento com a realidade local, inclusive com a fixação de residência dos referidos profissionais.

Dados de dezembro de 2000 do MS informavam um total de 3.059 municípios que aderiram ao PSF, totalizando 10.473 equipes (BRASIL, 2002a).

Em fevereiro de 2002, um documento do Banco Mundial (WORLD BANK, 2002), apresentou a proposta de empréstimo para a primeira fase do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), e apresentou uma avaliação que revelou que a maior parte da expansão do PSF havia se dado em áreas rurais e zonas periféricas dos centros urbanos, onde não havia serviços de saúde disponíveis. Por outro lado, foram apontados os seguintes pontos fortes do processo de expansão:

- Aumento da cobertura de atenção básica em pequenos municípios com altas taxas de mortalidade infantil.

- Adequada aceitação do programa tanto pelos profissionais de saúde, quanto pela população.

- A possibilidade de utilização do PSF como canal para viabilização de outros programas governamentais e para desenvolvimento de ações intersetoriais.

- Impacto positivo em indicadores de resultado, incluindo: aumento do acesso e produção da atenção básica, diminuição de internações e redução da mortalidade infantil.

Apesar dos avanços pontuados, havia o reconhecimento de que as coberturas atingidas de 10% da população urbana de cidades com população entre 100.000 e 500.000 habitantes e de 7% naquelas com mais de 500.000 habitantes, eram inferiores à expectativa por ocasião da instituição dos incentivos financeiros (WORLD BANK, 2002).

Assim, o PROESF foi proposto no sentido de melhorar o desempenho do PSF em grandes centros urbanos. Originalmente concebido para atender a um número limitado de municípios, por ocasião da nova gestão federal, teve o primeiro componente de financiamento, destinado ao Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde, estendido a todos os municípios com mais de 100.000 habitantes. Os outros dois componentes, direcionados a formação de recursos humanos e a avaliação e monitoramento, beneficiariam todos os municípios que adotaram ou adotem o PSF (BRASIL, 2002a, 2002b; WORLD BANK, 2002).

O PROESF certamente representa um movimento do Ministério da Saúde, com apoio do Banco Mundial, na direção de abranger, através do PSF, grande

parcela da população brasileira com ações básicas de saúde e com uma porta de entrada para o sistema. Também merece destaque a associação do esforço de generalização da estratégia com financiamento para o desenvolvimento de recursos humanos e um amplo processo de avaliação, a últimas ações previstas nos componentes 2 e 3 do financiamento.

São recursos transferidos de forma tutelada através de alianças técnicas (CAMPOS, 2001) cujo impacto em termos práticos só poderá ser avaliado em momento posterior. Porém, este mecanismo de descentralização de financiamento tem sido realizado sistematicamente pelo MS como forma de estabelecimento das políticas públicas de saúde (MARQUES; MENDES, 2002)

A transferência de recursos financeiros aos municípios através do PSF, a política de interiorização de trabalho em saúde e os investimentos nas mudanças das grades curriculares de instituições de ensino superior para formação de recursos humanos em saúde são marcas claras do compromisso do MS com a utilização do PSF como caminho de estruturação da porta de entrada do sistema público de saúde.

1.2 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA IMPLEMENTAÇÃO DO PSF COMO PROJETO DE GOVERNO

Este comprometimento com o programa no nível central e a implantação das equipes nos municípios através da transferência vinculada de recursos financeiros mediante alianças técnicas não é garantia da efetiva consecução do projeto. Em algumas situações representando, no máximo, a disponibilização de uma equipe multiprofissional enquanto estrutura.

A existência desta não garante necessariamente o processo e resultado esperados (PEREIRA, 1995). Trata-se, portanto, de um importante potencial do sistema que, para se mostrar efetivo, necessita a reprodução no nível local do envolvimento do gestor municipal com a referida estratégia. Nos municípios ocorre ou não a implementação das ações de saúde com base em planejamento local amparado em mecanismos de controle social.

Nestes contextos, é natural que se identifique uma grande variabilidade em termos de qualidade de planejamento nos mais de 5500 municípios brasileiros em função dos diferentes portes e momentos administrativos encontrados, conforme observado por Mottin (1999, p.18):

É nosso interesse captar se o processo de descentralização vem sendo acompanhado da necessária atribuição de capacidade administrativa dos níveis federal e estaduais aos municipais, tendo-se em conta os critérios para a descentralização, o que está, em parte, ao nosso ver, refletido no processo de planejamento das ações de saúde nos municípios.

A discussão a respeito da autonomia dos municípios em relação a uma estratégia nacional como é o caso PSF é assunto amplo e há questionamentos relativos à utilização de uma única modelagem abrangendo todo o território nacional desconsiderando a respectiva diversidade (MARQUES; MENDES, 2002).

Por outro lado, a inerente proposta de substituição do modelo assistencial, acrescenta elementos de conflito ao PSF. São variados atores sociais, incluindo gestor de saúde, dirigentes políticos, população usuária, profissionais de saúde e outros; todos com agendas específicas em que a regra não é o consenso e sim o conflito, conforme Giovanella (1991, p. 34):

Desconsidera-se a existência de interesses contraditórios quanto à saúde e sua atenção, como se houvesse uma decisão política, *a priori*, favorável ao emprego mais racional dos recursos visando a maior eficiência. Estando, então, o técnico-planejador encarregado de implementar esta decisão. O planejador é entendido como um técnico a serviço do político. Acontece, porém, que essa decisão não existe *a priori*. A realidade não se limita ao "deve ser" da norma. A situação é de conflito e disputa pelo poder e não de consenso, e a política implantada é o resultado de todo um conjunto de disputas e acordos.

Esta disputa em torno da atenção à saúde torna, muitas vezes, difícil a implementação do planejamento central no nível local. É o que já foi pontuado como ponto fraco do planejamento normativo onde a ênfase é a dimensão econômica, desconsiderando análises relativas a poder, organização e conhecimento. Entendendo o Planejamento Normativo como prática economicista e tecnocrática, que se isola do planejamento político e do processo de governo (MATUS, 1996). Rivera (1992), também crítico do planejamento normativo, refere que a fragilidade do planejamento normativo reside na falta de maior problematização dos aspectos políticos e macro-institucionais, envolvidos na tomada de decisão e na execução de diretrizes racionalizadas.

Como alternativa para enfrentamento desta dificuldade há o ferramental do Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido pelo economista Carlos Matus (1996,1997) como caminho metodológico para alcance de objetivos em situações marcadas pela complexidade e interatividade, conforme Adriano et al. (2000, p. 57):

Essa metodologia de planejamento foi considerada o instrumento mais adequado para a construção de um processo de gestão democrática e participativa, pois enfatiza a complexidade da realidade abordando, além da dimensão econômica, outras dimensões como poder, organização e conhecimento.

O método tem fundamentação teórica com base em princípios associados ao exercício de governo onde se compartilha o poder. Segundo Matus (1996), para se atingir os objetivos propostos ao governar há a necessidade de clareza em relação a três elementos inter-relacionados:

Projeto de Governo (P): corresponde a(s) proposta(s) de ação a serem realizadas para ao alcance de objetivos. Envolve os interesses do governante e a respectiva capacidade de explicação da realidade e método empregado com o intuito de mantê-la ou modificá-la de forma eficaz.

Governabilidade (G): sintetizada como o capital político do governante, significa basicamente a possibilidade de ação e controle dos efeitos desta ação. Representa a liberdade de o governante agir frente as variáveis controladas e não controladas.

Capacidade de Governo (C): representa a o capital intelectual do governante e equipe. Traduzida no respectivo sistema de direção e planejamento, envolve etapas de direção, administração, gerência e controle. Está vinculada à habilidade, experiência, métodos e técnicas utilizadas pela equipe de governo.

Estas três variáveis são componentes do chamado *triângulo de governo* (MATUS, 1996) onde estão inter-relacionadas, condicionando-se mutuamente. De modo que, a governabilidade do sistema estará definida pelo projeto de governo e pela capacidade de governo, ou seja, quanto mais ambiciosos forem os objetivos do projeto de governo, menor será a governabilidade e vice-versa. Por outro lado, para aumentar a governabilidade do sistema é necessário aumentar a capacidade de governo.

A inter-relação dos capitais político e intelectual de um governo é que determina o respectivo projeto.

O capital intelectual, ou capacidade de governo, é composto pela capacidade de elaboração teórica da realidade governada com base nas melhores evidências e na respectiva prática, denominado capital teórico, e pela própria história do governante e equipe, compondo o denominado capital experiência.

Neste processo de interdependência, a capacidade de governo tem o potencial de afetar o projeto e a governabilidade. Há necessidade de um processo de planejamento que aumente o capital intelectual do governo na proposição e implementação do projeto. Matus advoga a ampliação da capacidade de governo utilizando por instrumento de trabalho todo um conjunto de conhecimentos que

denomina planejamento moderno e que tem por produto principal o PES (MATUS, 1996; HUERTAS, 1996).

Rieg e Araújo Filho (2002) sintetizam as três características básicas do PES:

O subjetivismo: onde os indivíduos são entendidos como atores portadores de agendas ou planos determinados por características individuais ou institucionais. Estas são variáveis de respectivos conhecimentos, experiências, crenças e posição no jogo social. O planejamento deve buscar as explicações dos diferentes atores para uma determinada proposta para que se possa agir de modo eficaz (MATUS, 1997).

O enfoque baseado em problemas que são a base para a elaboração de planos-proposta. Problema é entendido a diferença entre a realidade atual do jogo social e as aspirações de um ator de acordo com seu mundo subjetivo. (HUERTAS, 1996).

A incerteza do futuro: não há no planejamento uma visão determinista. Ao contrário, o PES é, na verdade, uma ferramenta de liberdade, não baseada na predição, mas na previsão. Será a interação dos diferentes atores na proposição e implementação dos planos desenvolvidos que determinará ou não a realização do plano em uma visão de estratégia através da qual o planejamento influi no futuro (MATUS, 1997). Por esta razão, o PES abrange a elaboração de múltiplos cenários possíveis, com inclusão de situações alternativas e surpreendentes com forma de substituir a previsão determinística, normativa e tradicional pela consideração da produção de fatos sociais onde múltiplos atores criativos que também planejam estão envolvidos. Esta postura realista de que não há a hipótese de governabilidade absoluta sobre sistemas sociais, traz a necessidade de criação de planos de contingência, com rapidez e eficácia, desenvolvendo habilidades institucionais capazes de diminuir a vulnerabilidade do plano.

Estas características fazem do PES um instrumento extremamente útil para o gestor na implementação do PSF como porta de entrada do sistema de saúde. Por outro lado, as ESF ganham efetividade na medida em que se utilizam do PES para resolução de problemas nos diferentes níveis de relacionamento com a comunidade assistida e com outros níveis de atenção.

De Toni (2004), sintetizando alguns referenciais do PES, apresenta as seguintes mediações a serem consideradas no processo de planejamento:

Mediação entre o Presente e o Futuro: a maior eficácia do planejamento estará relacionada com a capacidade de avaliar a eficácia futura para todo o universo envolvido em uma determinada ação, em um exercício de simulação e previsão sobre o futuro, obrigatoriamente adotando-se múltiplos critérios de avaliação e decisão.

Mediação entre o Passado e o Futuro: as experiências práticas, inclusive erros cometidos, constituem fonte de aprendizado individual e institucional que devem ser utilizados em todo o processo de planejamento estratégico.

Mediação entre o Conhecimento e a Ação: o processo de planejamento é fruto de uma síntese técnica e política onde a resultante precede e preside a ação.

Conforme De Toni (2004, p.5):

O enfoque proposto de planejamento, portanto, não é um rito burocrático ou um conhecimento que possa ser revelado a alguns e não a outros, mas uma capacidade pessoal e institucional de governar – que envolve a um só tempo perícia e arte -, de fazer política no sentido mais original deste termo. O processo de planejamento não substitui a perícia dos dirigentes, nem o carisma da liderança, ao contrário, aumenta sua eficácia porque coloca estes aspectos a serviço de um projeto político coletivo. Neste modo de ver a política, o governo e o planejamento ninguém detém o monopólio sobre o cálculo estratégico e sistemático sobre o futuro [...]

O preceito constitucional da descentralização das ações de saúde, a inerente complexidade da proposição e implementação de políticas públicas e a utilização, para esta finalidade, de estratégias propostas em nível central com implementação

municipal, como é o caso do PSF, são ingredientes do SUS que tornam particularmente desafiante o trabalho da gestão municipal de saúde nas palavras de Mottin (1999, p. 53):

Com a descentralização e a institucionalização do SUS, muitos municípios já elaboraram seus Planos; é exigência da Lei. Porém, interessa-nos saber como o município vem desenvolvendo esta tarefa. Na verdade tal tarefa atrela-se à responsabilidade de um gestor, o Secretário Municipal de Saúde, que agora não mais exerce apenas uma atividade política, mas, além disso, a atividade técnica, porque esta é a exigência subjacente ao Plano Municipal de Saúde. Assim, esse Plano nada mais é do que o Projeto de Governo a que Matus se refere e, como tal, carrega consigo as demandas por Capacidade de Governo e Governabilidade do Sistema. Nos municípios, estarão os gestores da saúde e suas equipes preparados para tal tarefa?

De uma maneira didática, Sílvio Fernandes da Silva, secretário de saúde de Londrina, Paraná, responde que o cálculo do PES é uma das ferramentas para que se estabeleça, nas diferentes realidades, o projeto de governo (ENTREVISTA, 2002, p. 552):

Utilizando o pensamento de Carlos Matus, particularmente sua proposição de triângulo de governo, para analisar a dimensão dos desafios da gestão local, penso que a descentralização bem-sucedida, com efetiva delegação de poder, amplia a governabilidade dos gestores. Se construírem bons projetos de intervenção visando melhorar a qualidade do sistema de saúde, e tiverem competência e domínio das técnicas para sua implementação, poderão avançar significativamente na gestão da saúde.

Nas palavras de Sachet (2003, p. 4), dirigentes públicos necessitam de forma premente da utilização do instrumental do planejamento e avaliação como forma de aumentar capacidade de governo em uma espécie de ciclo virtuoso alimentado pelo ganho de qualidade na gestão:

Porém, a difícil tarefa de aumentar a capacidade dos governos só começa a ser efetivada à medida que há demanda por qualidade na prática de governo, demanda esta que se auto-impõem os dirigentes públicos e suas equipes de alta direção. A qualidade na gestão, por sua vez, implica na necessária atividade de avaliação de desempenho e cobrança de resultados, que só é possível quando existem mecanismos de acompanhamento e monitoração das ações de governo. Os mecanismos, por sua vez, dependem do plano de gestão, ferramenta da qual é possível extrair os principais indicadores de resultados e os critérios para uma avaliação de desempenho efetiva. Mas, um efetivo plano de gestão não acontece se não se trabalha com base em planejamento, se não existe uma estrutura de alta direção de planejamento (que o processa a partir de problemas relevantes para um governo, e não por setores) e processamento de problemas, como suporte às decisões e ao acompanhamento de ações. Aqui fechamos o ciclo [...]

Integrando o processo de planejamento, a avaliação também é reconhecida como instrumento fundamental dos governos, capaz de realizar eventuais correções ao longo da implementação do projeto e servindo como forma de ampliar a capacidade de governo, à medida que prova a qualidade do respectivo projeto.

1.3 A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O ser humano é por natureza um planejador; pois, à medida que pensa, planeja. É natural que, na seqüência do processo de planejamento, surja um julgamento com a finalidade de valorização e aprendizado, constituindo uma espécie de avaliação (GIL, 1999). Apesar deste encadeamento próprio da natureza humana, a avaliação como processo sistematizado, reproduzível e permanente é foco de importante esforço nas esferas individual e coletiva na sociedade. (FELISBERTO, 2004).

Qualquer intervenção social, em especial no setor saúde, necessita, ao longo de toda implementação, deste tipo de julgamento de valor como forma de correção das estratégias utilizadas e maneira de respaldar, planejador/implementador e intervenção, frente às instituições financiadoras, comunidade acadêmica e população alvo, não necessariamente nesta ordem, da qualidade da ação implementada.

Esta inter-relação entre planejar e avaliar é asseverada por Gandin (1994, p. 115): "o processo de planejamento inclui o processo de avaliação; sem exagero pode-se afirmar que o planejamento é um processo de avaliação ao que se junta a ação para mudar o que não esteja de acordo com o ideal".

Genericamente, avaliar consiste em uma atribuição de valor ou mérito a

algo (SCRIVEN,1967). A aparente simplicidade oculta uma controvérsia existente entre avaliadores profissionais a respeito da exata definição (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 1997).

As pessoas cotidianamente, alheias à necessidade de definições, fazem escolhas com base em determinados referenciais, constituindo-se em avaliadores informais. Por outro lado, um processo envolvendo uma coleta sistematizada de informações para subsidiar o estabelecimento de um juízo de valor sobre um dado objeto, constitui uma avaliação formal (SANDERS, 1993).

Em ambas as situações, avaliar significa o levantamento de informações relevantes sobre um dado objeto, com a finalidade de aplicar padrões que permitam a determinação de valor, qualidade, utilidade, efetividade ou significância, conforme Worthen, Sanders, Fitzpatrick (1997). A diferença reside no fato da última ser concebida com propósitos mais específicos e se caracterizar por processo sistematizado de coleta de dados e informações (SANDERS, 1993).

Neste caso, consistente com a definição proposta por Hartz et al. (1997, p. 31):

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa), ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A divisão entre avaliação normativa e pesquisa avaliativa é um assunto bastante abrangente e ainda não inteiramente esgotado (NOVAES, 2000). Neste particular, é interessante a observação de Pouvourville (1999, p. 248):

A pesquisa avaliativa, conforme rotulada por HARTZ, é considerada pesquisa aplicada quando comparada com pesquisa básica. Frequentemente é considerada como mera consultoria por comitês acadêmicos de avaliação em função de ser frequentemente realizada por órgãos oficiais (ou iniciativa privada, para avaliação econômica de medicamentos), com gasto de dinheiro público. É reconhecido que este tipo de serviço traz benefícios à sociedade, porém há dúvidas se pode ser considerado ciência. Não deverei responder esta questão. Deverei apenas sugerir que a mobilização de métodos

científicos para empiricamente explorar as ações sobre a população e entender o respectivo impacto na sociedade parece para mim intimamente ligada à ciência, especialmente quando se considera que o principal propósito da última é explorar nossa realidade com métodos controlados.

Worthen, Sanders e Fitzpatrick (1997) utilizam o termo avaliação de forma genérica, abrangendo a pesquisa avaliativa e as demais formas de avaliação.

O trabalho de Novaes (2000) oferece uma sistematização a respeito do assunto, com um enfoque específico na área da saúde. A autora, através da análise de variáveis, constrói uma tipologia com caracterização de três grandes tipos de avaliação:

- Pesquisa avaliativa: geralmente desenvolvida por instituições acadêmicas, tem como objetivo principal a produção de conhecimento científico, buscando basicamente relações de nexo causal entre ação e impacto alcançado. A metodologia utilizada prima pela generalização de resultados e objetividade, com progressiva aceitação de métodos qualitativos sem detrimento daqueles quantitativos de uso consagrado. Em geral são realizadas pontualmente.

- Avaliação para decisão: geralmente desenvolvida por avaliador interno, envolvido com o objeto da avaliação, visa à produção de respostas para direcionamento do processo de tomada de decisões. A informação produzida neste tipo de avaliação, além do valor intrínseco, deverá se transformar em recomendações, visando orientar a solução de problemas. A metodologia utilizada, em geral, combina técnicas qualitativas e quantitativas para permitir uma melhor apreensão do todo avaliado. Em geral é realizada de forma contínua.

- Avaliação para gestão: visa basicamente o aprimoramento do objeto avaliado, na busca pelo aprimoramento do mesmo. Isto é feito através de medidas quantificáveis e replicáveis, daí o predomínio na metodologia de técnicas quantitativas. É desenvolvida de forma rotineira através da proposição de normas ou

critérios que garantam o desempenho do objeto avaliado.

Elementos desta tipologia se encontram presentes em toda a organização da atividade humana, envolvendo os setores público, privado e organizações não governamentais.

No mundo corporativo, movido pelas invisíveis mãos do mercado, há uma incessante busca de ganhos de produtividade e eficiência organizacional com satisfação do cliente. Em função da competitividade do setor, o alcance destes objetivos é vital para sobrevivência das corporações, envolvendo um contínuo processo de avaliação. A generalização dos Programas de Qualidade Total é exemplo desta valorização da avaliação (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 1997).

O chamado terceiro setor, representado por organizações filantrópicas e de voluntariado, que, incumbido de desempenhar ações originalmente públicas, como saúde, educação, progresso científico, assistência social, tem como objetivo demonstrar através de um processo continuado de avaliação as respectivas excelência e efetividade, no sentido de obter respaldo junto à sociedade onde está inserido (O'CONNEL, 1993).

O setor público, tanto nos países desenvolvidos como no Brasil, estrutura ações sob a forma de programas, envolvendo articulações entre entes federados, com foco em gestão de resultados (HARTZ 1999a, 1999b). Neste caso é assumida a necessidade de múltiplos processos avaliativos com a finalidade de demonstrar o nível dos resultados, possibilitando a motivação do *staff* e orientando futuras intervenções.

Neste particular, Pouvourville (1999) assevera que o setor público e respectivos governos se encontram sob a influência da pressão do mercado

financeiro externo no sentido de provar a capacidade de reger o próprio crescimento. O embate se torna ideológico no sentido da transferência de atribuições ao setor privado, supostamente mais eficiente e efetivo, graças à inerente competição. Neste contencioso é que a avaliação apresenta o potencial de garantir a responsabilidade e, juntamente com outras medidas, a modernização do setor público.

Constandriopoulos (1999) considera a institucionalização da avaliação em órgãos públicos condição essencial para a racionalização de políticas em todo o mundo, tendo como finalidade o aumento da performance das intervenções. O autor considera a institucionalização da avaliação como uma criação de mecanismos formais de produção de informação sobre programas e políticas públicas. Enfatiza o desafio da racionalização de recursos, em um contexto de mercado globalizado com governos locais fragilizados, pela necessidade de cortes em programas sociais, especialmente na área da saúde.

A limitação dos recursos, em especial financeiros, envolve a escolha orientada para alocação dos mesmos com vistas aos melhores resultados, este tipo de cenário, freqüente no setor saúde, é caracterizado pela chamada tensão redistributiva (CAMPOS, 2001). A referida orientação só é possível mediante utilização de processos avaliativos com ferramenta de gestão e tomada de decisões.

Como consequência de um mundo globalizado e caracterizado por práticas transnacionais, Santos identifica “a marginalização do Estado nacional, a perda da sua autonomia e da sua capacidade de regulação social” (1999, p. 20). Neste sentido, tanto Constandriopoulos (1999) como Pouvourville (1999) defendem a idéia da utilização da avaliação como cultura no setor público, como forma de fortalecimento do mesmo.

Em que pesem os argumentos favoráveis à utilização da avaliação no setor

público, Hartz e Pouvourville (1998) consideram que a mesma é prática rara no Brasil, apesar do assunto freqüentemente ocupar a agenda científica, técnica e legal no país.

Esta diferença entre retórica e prática, na realidade brasileira, pode ser atribuída a várias razões. Alguns aspectos pontuados por Travassos (1999), específicos para a área de saúde, incluem a falta de uma cultura política orientada por avaliação e a falta de especialistas, tanto acadêmicos como técnicos, nas áreas de avaliação de qualidade, gerência de qualidade e produção e análise de dados de saúde e documentação médica.

A avaliação tem o potencial de desafiar a primazia de administradores públicos em relação à tomada de decisão, dividindo esta responsabilidade com segmentos mobilizados da sociedade, também pode explicar a resistência à sua adoção, bem como a divulgação de resultados, em alguns casos, pelo setor público no Brasil (HARTZ, 1999a).

Novaes (2000) concorda com a deficiência nacional em termos de cultura e recursos humanos em avaliação, ao mesmo tempo em que identifica a oportunidade e necessidade de diversos tipos de avaliação, especificamente na área de saúde, onde ocorreram a expansão de atenção à saúde, oferta de novas tecnologias, novos modelos assistenciais e crescimento setorial de importância política e econômica.

No setor público brasileiro, desde o advento da reforma sanitária, a área de saúde tem apresentado um contínuo de proposições como resposta às demandas da população. Tais proposições, em diferentes níveis de atenção, em geral são estruturadas sob a forma de programas de modo que, simultaneamente à proposição, já é prevista alguma forma de avaliação a ser realizada com a implementação e desenvolvimento do proposto.

Estes programas e respectivos desdobramentos constituem o cotidiano dos profissionais de saúde pública, de modo que tradicionalmente as respectivas ações são organizadas com mecanismos de avaliação embutidos, conforme observado por Hartz (1999a, p. 342), “[...]particularmente para nós profissionais de saúde pública que temos acumulado experiência no planejamento, gestão e avaliação das ações programáticas incorporadas em nosso modelo assistencial”.

A mesma autora também define programa como um “Conjunto de ações visando a favorecer comportamentos adaptativos requeridos por diferentes áreas ou atividades humanas relacionadas com vida comunitária, escola, trabalho, saúde e bem-estar” (HARTZ, 1999a, p. 342).

Um programa em geral pressupõe a necessidade de articulação de atividades desempenhadas por diferentes atores com diferentes responsabilidades, freqüentemente demandando práticas intersetoriais. A sua avaliação deverá obedecer uma perspectiva integradora das diferentes contribuições (POUVOURVILLE, 1999).

Esta necessidade de integração decorre da natureza complexa do processo de produção saúde-doença, onde interagem diferentes sistemas e processos, de modo que o resultado na atenção à saúde não depende exclusivamente de um determinado serviço de saúde (TRAVASSOS, 1999).

Por essas razões, a avaliação de resultados de programas públicos se constitui em um desafio metodológico que tem sido explorado por especialistas em avaliação.

Na avaliação de programas, Hartz (1997), salienta a importância de se considerar as naturezas interativa, onde se evidencia a negociação entre parcerias, e iterativa, onde se manifesta ou não a relação entre ação e resultados.

Outro aspecto a ser considerado, diz respeito ao grau de implantação dos programas em diferentes contextos, para que não se incorra no erro das avaliações precoces, também ressaltado por Pouvourville (1999).

Os diferentes focos utilizados na construção de referenciais de avaliação de programas geraram uma lista de denominações de avaliação que, na opinião de Constrandriopoulos et al. (1997), mais geram confusão que esclarecem. Novaes interpretou este nominalismo como “[...]uma necessidade de oferecer sempre novos produtos no mercado” (2000, p. 7).

Dentro deste nominalismo, Hartz (1997) defende um modelo de avaliação orientado pela teoria explicativa de como determinado programa supostamente funcionaria. Este modelo, denominado *theory-driven evaluation*, é caracterizado por uma construção lógica, com base em pesquisas prévias, teorias de ciências sociais e experiência de gestores e avaliadores. Nesta construção, se buscam respostas as questões relativas ao problema ou comportamento visado pelo programa, à caracterização da população, às condições do contexto onde se implementará a ação e ao conteúdo do programa necessário para produzir os efeitos desejados (os ingredientes ativos do programa).

As respostas obtidas a estas questões permitem construir um raciocínio de causa e efeito do programa no sentido plural, a partir da análise dos subprogramas, em uma articulada e hierárquica relação do tipo se – *então*, que compõe o todo (HARTZ, 1999b).

Este tipo de enfoque introduz a necessidade da utilização combinada de técnicas de análises qualitativas e quantitativas. Neste particular há um progressivo consenso em torno da referida combinação (HARTZ, 1997, 1999 a, 1999 b;

NOVAES, 1996, 2000; PERRIN, 2002; RATTNER, 1996; SILVA, 1999).

Nesta proposta o modelo de avaliação é direcionado de forma específica para dado programa, em um enfoque feito sob medida, ou *sur mesure*, como prefere Hartz (1999 a). Trata-se de uma construção metodológica negociada, diferente dos desenhos experimentais ou quase experimentais tradicionalmente utilizados (HARTZ, 1999b).

Uma alternativa interessante para construção de modelos de avaliação sob medida para programas de saúde é a utilização de estudos de caso (HARTZ, 1997, 1999 a, 1999 b; YIN, 2001).

O estudo de caso deve-se à inerente possibilidade de intensiva descrição das variáveis analisadas e respectivas interações (BOYCE, 2002; DEEKS et al., 2003; FRIDLUND, 1997; HARTZ, 1999b). O objetivo desta técnica, originariamente concebida para o estudo de casos únicos em pesquisas médicas e psicológicas, é compreender uma determinada unidade social como um todo. Nestes casos, o investigador deve ter a capacidade de correlacionar os fenômenos observados com a adequada elaboração teórica (BERGHEN; WHITE, 2000). Neste aspecto, segundo Hartz (1999a), é a adequada construção do modelo teórico explicativo que garante a validade externa deste tipo de estudo.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) lançou mão dos estudos de caso para avaliar a implantação do PSF em 10 centros urbanos.

Novaes (2000) considera que programas de saúde propostos pelo setor público, onde habitualmente há avaliações para tomada de decisão e avaliações de gestão, deveriam ser objeto de pesquisa avaliativa, mediante a utilização de técnicas quantitativas e qualitativas, desde que inseridas em um referencial teórico geral e

obedecidas as condições de regularidade, objetividade e confiabilidade, permitindo a generalização do conhecimento produzido.

Para Matida e Camacho (2004), independentemente da avaliação ser científica ou administrativa, é importante que lhe seja conferido o objetivo de tomada de decisões. Entendendo a respectiva aplicabilidade como conceito integrante da avaliação, em uma espécie de interlocução entre o avaliador e aquele que decide pela mudança ou continuidade de uma intervenção.

Os mesmos autores, considerando programas de abrangência nacional, sugerem que o modelo de pesquisa avaliativa, graças ao sistema de retro-alimentação entre programa e respectivo contexto, tem a capacidade de fortalecer e resgatar os papéis dos diversos níveis envolvidos no desenvolvimento das ações propostas.

Apesar da grande variação em termos de finalidade e metodologia para se avaliar programas de saúde, em todos os tipos de avaliação está presente a idéia de qualidade.

Embora a palavra *qualidade* seja amplamente utilizada, sua definição não é tarefa simples e, não obstante, não pode ficar em termos abstratos. Isto em função de que para o avaliador a qualidade deve se tornar um objeto mensurável.

Em termos gerais, a qualidade é verificada quando da atribuição de juízo ao objeto avaliado resulta um valor positivo. Estabelecer o juízo de valor positivo implica na utilização de critérios implícitos e explícitos (DONABEDIAN, 1991).

O próprio aparato jurídico legal, especialmente a Lei Orgânica da Saúde, preconiza a utilização de adequadas metodologias com vistas à mensuração da qualidade das ações de saúde prestadas à população (BRASIL, 1990a).

Avedis Donabedian é o autor consensualmente utilizado como referencial teórico na avaliação de qualidade em atenção à saúde (BRASIL, 1999c; NOVAES, 2000; PALMER, 1997; PERRIN, 2002; TRAD; BASTOS, 1998). Seu mérito residiu, entre outras razões, na capacidade de sistematizar a apropriação de qualidade em termos de serviços, ações e programas de saúde. Desta forma, asseverou que “qualidade deve representar um julgamento positivo em relação à técnica envolvida na atenção à saúde e no relacionamento interpessoal entre cliente e prestador” (DONABEDIAN, 1991, p. 61).

Nesta perspectiva, o autor reconheceu a existência de várias definições de qualidade em serviços de saúde (DONABEDIAN, 1980), e adotou uma forma mais ampliada de a entender, incluindo múltiplos aspectos, tais como:

- Consideração dos potenciais benefício e dano que uma dada intervenção pode determinar na saúde do paciente.
- Informação completa ao paciente ou representante legítimo das considerações anteriores.
- Não utilização de práticas de pouca ou nenhuma utilidade.
- Responsabilidade de fazer o melhor pelo paciente em dadas circunstâncias.
- Consideração dos custos envolvidos na atenção ao paciente.

Outro aspecto do enfoque de qualidade em saúde desenvolvido por Donabedian (1992a), é a consideração do papel do consumidor, no caso os usuários dos serviços de saúde, nos ganhos de qualidade através de: retro-alimentações fornecidas diretamente aos prestadores, ou indiretamente, por via administrativa, mecanismos de mercado e ação política. Esta visão é reiterada por Longo et al. (1997).

Para Donabedian (1990, p. 12) "qualidade é a medida em que são utilizadas as circunstâncias mais favoráveis para o alcance de melhoria na saúde".

A riqueza do referencial para a qualidade das ações de saúde formulado por Donabedian pode ser verificada na capacidade de unificar enfoques diferenciados em um conjunto de critérios complementares denominados de atributos da atenção em saúde. No artigo denominado *Os sete pilares da qualidade* (DONABEDIAN, 1990), os critérios de definição de qualidade em atenção à saúde identificados foram os seguintes:

- Eficácia: é o grau no qual uma intervenção, procedimento, regime ou serviço produz o melhor efeito em condições controladas.

- Efetividade: é o grau no qual uma intervenção, procedimento, regime ou serviço produz o melhor efeito em condições reais, cotidianas e não controladas.

- Eficiência: leva em consideração o custo, geralmente expresso em termos de dinheiro, eventualmente recurso e tempo, para se produzir uma dada intervenção. A análise de eficiência é particularmente útil em comparações de tecnologias, estratégias e serviços com níveis semelhantes de eficácia e eficiência. Donabedian (1985a), em trabalhos específicos, já havia delineado a relação entre custos e influências na qualidade da atenção à saúde.

- Otimização: decorre do balanço entre custo da intervenção ou cuidado em saúde e benefício alcançado. Trata-se da capacidade de verificação que, a partir de determinado ponto, a atenção à saúde envolve custos crescentes com benefícios questionáveis ou pouco significativos.

- Aceitabilidade: o referencial é basicamente determinado pela expectativa e critério do paciente e familiares. Pode ser subdividido em: acessibilidade, ou a

capacidade de obter a atenção à saúde; relação médico-paciente, envolvendo questões complexas de relacionamento interpessoal, tais como respeito, interesse, estabilidade de vínculo, flexibilidade, mutualidade, privacidade, autonomia, etc.; e amenidades, relacionadas ao lugar onde é prestada a atenção, leva-se em consideração aspectos de conveniência e conforto.

- Legitimidade: corresponde às diferentes valorações da atenção prestada nos planos individual e coletivo. A capacidade de balancear ambos os enfoques caso a caso auxilia na definição de qualidade em saúde.

- Eqüidade: item relativo a acesso onde é levado em conta um critério de discriminação positiva de populações/indivíduos sob maior risco para as respectivas condições de saúde. Está associado à administração de tensões redistributivas de recursos com base na responsabilidade moral.

Através destes critérios, para Acúrcio e Guimarães (1996), a qualidade da atenção em saúde é apreendida através de três eixos básicos de análise:

- a) O conhecimento científico e a determinação da eficácia.
- b) Valores e expectativas individuais que determinam a aceitabilidade.
- c) Valores e expectativas sociais que determinam a legitimidade.

Estes autores sintetizam: [...] “por consequência, a qualidade não pode ser inteiramente julgada em termos técnicos por profissionais de saúde isoladamente; as preferências de pacientes e da sociedade como um todo também devem ser levados em conta”. (1996, p. 237).

Silva e Formigli, com base em Donabedian, apresentam uma sistematização dos pilares como “atributos referindo-se às características das práticas de saúde e da sua organização social” (1994, p.81), agrupadas da seguinte maneira:

a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade).

Aspectos da atenção à saúde como humanização do atendimento e bioética, contemporaneamente valorizados, foram vislumbrados de forma vanguardista por Donabedian no início da década de 90.

Outra marca característica do autor é a abordagem de análise de sistemas, onde a atenção a saúde é subdividida em etapas denominadas de estrutura, processo e resultado ou impacto (DONABEDIAN 1980, 1992b).

O marco conceitual proposto por Donabedian é largamente utilizado na avaliação de programas de saúde, sendo inclusive a fundamentação teórica utilizada pelo MS para avaliação de projeto específico (BRASIL, 1999c). Outros autores acrescentaram ao modelo original outros elementos, conservando o núcleo central de integração e a interdependência dos itens analisados (HANDLER; ISSEL; TURNOCK, 2001). Apesar da divisão em etapas, o modelo proposto permite flexibilidade, sendo usual a dificuldade em diferenciá-las (PEREIRA, 1995). Donabedian (1992b) ressalta que as dificuldades encontradas para a distinção entre as três categorias do paradigma surgem mais freqüentemente quando se utiliza o referencial em avaliações não aplicadas ao âmbito clínico, para o qual foi originalmente desenhado.

Outros autores, questionando a linha de correlação entre estrutura, processo e resultado, propõem formas de avaliação utilizando o referencial dos pilares de qualidade de Donabedian (1990), em uma rede conceitual diversa (ARAH et al., 2003).

A avaliação de estrutura diz respeito a todos os atributos materiais e organizacionais, relativamente estáveis aos espaços que se proporciona à atenção à saúde. Estes incluem o quadro de recursos humanos, instalações físicas, equipamentos, veículos, normas e procedimentos, recursos financeiros e o próprio sistema de avaliação, etc. Em parte, determina o potencial do sistema (PEREIRA, 1995). O pressuposto subjacente a este tipo de avaliação é que a atenção à saúde carece de um nível mínimo de estrutura, nos seus mais variados aspectos, para o desenvolvimento das ações propostas (DONABEDIAN, 1980). O inverso nem sempre é verdadeiro, ou seja, a existência de determinada estrutura não indica, por si só, que processo e resultado esperados serão atingidos (MANT, 2001; PEREIRA, 1995; SILVA; FORMIGLI, 1994).

A avaliação de processo inclui tudo o que os profissionais de saúde fazem para os indivíduos, bem como a habilidade com que realizam as tarefas (DONABEDIAN, 1980). Diversamente de estrutura, o processo determina como o sistema realmente funciona (BRASIL, 1999c; DONABEDIAN, 1992b; MANT, 2001; PALMER, 1997).

Para Rattner (1996, p. 22), a apropriação do processo implica em dificuldades de mensuração:

Já a avaliação de qualidade do processo, ou seja, as atividades realizadas pelos provedores de assistência, tanto diagnósticas, como terapêuticas e de reabilitação, apresenta algumas complexidades, uma vez que pode referir-se tanto ao componente técnico, como ao de relação interpessoal, este com dificuldades ainda maiores de mensuração.

Apesar dessas dificuldades, a avaliação de qualidade de processo é preconizada como maneira de contornar as diferentes limitações das avaliações de resultado.

Palmer (1997), reconhecendo a dificuldade de coleta de informações para a avaliação de qualidade em processo, assinalou algumas utilidades deste tipo de avaliação:

- Determinação do caminho a ser percorrido para melhorar a qualidade da assistência prestada.
- Programas, estratégias e serviços com resultados semelhantes podem ser diferenciados pela avaliação de processo, revelando oportunidades de melhora do ponto de vista do usuário.
- Avaliação para tomada de decisão necessita de agilidade de coleta de dados, característica da avaliação de processo.
- Situações de grande variação de risco a que os pacientes estão expostos determinam grande variabilidade de resultado. Avaliações de qualidade de processo têm o potencial de captar a qualidade da atenção direcionada a pacientes em peculiares condições de risco e de exposição a um dado programa/serviço de saúde.
- Séries de pequeno tamanho prejudicam as avaliações de resultado. A avaliação de qualidade em processo se constitui em alternativa a estas situações.
- Medidas de promoção e prevenção à saúde em geral demandam um longo período de tempo para que os resultados possam ser auferidos. As avaliações de processo fornecem informações mais precocemente no sentido de adequação de atividades.

Estes benefícios da avaliação de processo são dependentes de uma construção teórica onde as medidas de processo de assistência e respectivos efeitos na saúde ou satisfação do usuário estão claramente demonstrados (SOLOMON et al., 2000). Apesar deste esforço presente no desenho metodológico

da avaliação de processo, Donabedian (1992b) reconhece que a relação causal entre os pares adjacentes (estrutura, processo e resultados) é de probabilidade, e não de certeza.

Há importante discussão em torno da utilização de avaliação de processo em relação à avaliação de resultado (HANDLER; ISSEL; TURNOCK, 2001; EVANS et al, 2001; MANT, 2001). Apesar do mérito e aplicabilidade de um ou outro formato de avaliação, o modelo Donabedian tem o mérito de os integrar em torno do alcance de um determinado objetivo.

Para Pereira (1995, p. 548), avaliar resultados em um contexto de atenção à saúde, significa “[...]saber o que ocorre com as pessoas, após passarem pelos serviços de saúde”. O mesmo autor salienta a identificação da satisfação do usuário e dos níveis de saúde e doença das pessoas da coletividade como as duas formas principais de mensuração de resultados. Em relação aos últimos, preconiza a utilização de níveis de morbidade e mortalidade no processo de avaliação.

Trad e Bastos (1998), em uma proposta de avaliação do PSF defendem que a avaliação de resultado ou impacto pressupõe a captação de uma mudança no estado de saúde, para melhor ou para pior, (atual e futuro) da população alvo. Ampliando o resultado através da inclusão de outras conseqüências da assistência à saúde, inclusive conhecimento sobre as doenças, mudanças de condutas que conduzem a satisfação dos usuários, abrangendo tanto mudanças sociais e psicológicas como as tradicionais, físicas e fisiológicas, assim como as de atitude, satisfação e comportamento.

Para Perrin (2002), o nó crítico a ser vencido na avaliação de resultados é o estabelecimento de uma razoável correlação entre estrutura e processo e o

resultado desejado.

Basicamente um indicador de resultado deve ser caracterizado por (PERRIN, 2002):

- Permitir a inferência a respeito da qualidade do processo e estrutura utilizados na atenção à saúde.
- Ter relação de causalidade entre processo e resultado e estrutura e processo. Quanto maior esta relação, maior a confiabilidade de um dado indicador de resultado.
- Apresentar uma visão integrativa entre o serviço/programa de saúde e a população alvo. Por esta razão, necessita de prévia e adequada análise de estrutura e processo para isolar erros/virtudes específicos.
- Apresentar hiato de tempo até que possa ser devidamente auferido. As adequações, quando possíveis, deverão ser compatíveis com o objetivo da avaliação.

Uma das desvantagens da avaliação de resultado é que um desempenho desfavorável representa informação tardia para a tomada de decisão/gestão. Outro aspecto negativo é que profissionais de saúde trabalham mais facilmente com critérios normativos de processo que indicadores de resultado (PERRIN, 2002).

Em que pese a importante contribuição do modelo Donabedian para avaliação em saúde, o próprio propositor do paradigma (DONABEDIAN, 1992b) reconhece o modelo como uma simplificação da complexa realidade onde se insere o processo saúde-doença. Neste a relação de causalidade entre os componentes adjacentes é fundamental e, via de regra, se baseia em probabilidades estabelecidas previamente à avaliação. Estas características fragilizam o modelo.

Para Donabedian (1980), o avaliador deve buscar minimizar esta fragilidade através da proposição de indicadores caracterizados por validade causal, pertinência, sensibilidade, inclusividade, oportunidade e custo relativo. As duas últimas características estão relacionadas à necessidade de constante repetição da avaliação da ação, programa ou serviço ao longo do tempo com o objetivo de progressivos ganhos qualitativos através do seguinte roteiro de subseqüentes ações propostas no mesmo texto:

- Garantia da qualidade através da revisão constante da efetividade e eficiência.
- Busca constante pelas razões das falhas observadas. O respectivo conhecimento constitui um passo necessário para uma ação corretiva.
- Identificação e adequação de procedimentos que governam a atenção à saúde.

Para Donabedian (1985b), a abordagem sistêmica é vantajosa em função da formulação científica, da orientação para gestão, da objetividade quantitativa e replicabilidade, da ênfase em relações de causa-efeito entre os componentes do sistema e da respectiva lógica conceitual. Apesar das dificuldades operacionais, a avaliação em conjunto com o processo de planejamento em saúde, tem o potencial de beneficiar formuladores, implementadores e população alvo de políticas públicas e sociais.

1.4 AVALIAÇÃO DO PSF

O MS tem empreendido esforços no sentido de municiar gestores municipais de instrumentos de gerência e avaliação no nível local, com um importante recorte

na atenção básica, de forma especial em relação ao PSF (BRASIL, 2005a).

A ênfase no PSF pode ser justificada em função da significativa expansão nos últimos anos e pela respectiva importância como porta de entrada do sistema como um todo. Nas palavras do então Ministro da Saúde, Humberto Costa (BRASIL, 2005a, p.3):

A Atenção Básica no Sistema de Saúde brasileiro tem experimentado, nos últimos 10 anos, uma profunda mudança a partir da definição da estratégia Saúde da Família na reestruturação das suas ações e práticas. [...] o desafio que se apresenta para a atual gestão é o necessário desenvolvimento organizacional para o aprimoramento das ações. [...] o Ministério da Saúde vem intensificando os esforços destinados à melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde com o propósito de consolidar tal estratégia como o eixo estruturante de reorganização da atenção básica com repercussões na reordenação do sistema de saúde como um todo. O presente documento representa este compromisso institucional de contribuir para a consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito da Atenção Básica, através da proposta de *Avaliação para Melhoria da Qualidade - Qualificação da Estratégia Saúde da Família*. Ao envidar esforços para melhoria da qualidade da Atenção Básica, o Ministério da Saúde reitera a decisão política de buscar cumprir os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade das ações e serviços de saúde destinados aos indivíduos, às famílias e à comunidade, anseio de todos os que aspiram por uma condição de vida digna, justa e humana.

Tornar a avaliação como ação sistemática no sistema público de saúde é assumida pelo MS como passo fundamental para dar qualidade às ações desenvolvidas para o cumprimento dos princípios basilares do SUS. Por esta razão que um dos objetivos do PROESF, através do respectivo terceiro componente, foi criar uma cultura e uma sistemática de avaliação e monitoramento em saúde, beneficiado municípios que adotaram ou adotem o PSF (BRASIL, 2002a, 2002b; WORLD BANK, 2002).

Anteriormente ao PROESF, o Pacto da Atenção Básica feito anualmente apresentava alguns indicadores relativos à estratégia do PSF (BRASIL, 2005b). A partir de 2005, no entanto, a Coordenação de Avaliação da Atenção Básica passa a propor um processo específico para o PSF intitulado de “Avaliação para Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2005a, 2005c). Qualidade em saúde é definida como “o grau de atendimento das necessidades de

saúde de acordo com os conhecimentos técnicos e científicos atuais, as normas e protocolos que organizam as ações e práticas, e os valores culturalmente aceitos” (BRASIL, 2005, p. 19). Utilizando um referencial misto de Donabedian, (1985b) e Uchimura e Bosi (2002), o MS assume a necessidade de apreender o impacto da atuação das ESF, nos respectivos contextos.

Esta proposta é de difícil operacionalização, pois pressupõe um processo de avaliação extremamente complexo, sugerindo a adoção de uma linha de estudo de caso para diferentes contextos (HARTZ, 1999a; HANDLER; ISSEL; TURNOCK, 2001).

Na realidade a proposta adota a utilização de cinco instrumentos de auto-avaliação, com ênfase nos processos de trabalho. Pela inerente possibilidade de pronta intervenção quando da identificação dos problemas, em uma linha de avaliação para gestão. Aspectos de estrutura e resultado são tomados como parâmetros para avaliação da qualidade, a partir de uma visão dinâmica de estágios de qualidade inter-relacionados, porém com menor ênfase em relação àqueles indicadores de processo (BRASIL, 2005a).

Vale ressaltar que na avaliação no nível local são focados dois aspectos complementares porém diferenciados da estratégia: a gestão municipal do Saúde da Família e as ESF.

A gestão municipal da estratégia é avaliada prioritariamente pelos instrumentos 1 e 2 preenchidos, respectivamente, pelo gestor municipal e coordenação da estratégia. Responsáveis pelas unidades de saúde da família, integrantes das ESF e profissionais de nível superior respondem os instrumentos 3, 4 e 5, respectivamente, gerando as principais informações para avaliação das ESF em relação a:

- Infra-estrutura (recursos humanos, ambiente físico e equipamentos) e existência e utilização de manuais de procedimentos, guias de conduta e sistemas informatizados.

- Processos relativos a organização do trabalho, competência técnico-científica, protocolização do atendimento, acolhimento e comunicação interpessoal.

- Resultados são subdivididos em diretos, decorrem da ampliação do acesso, adequação e efetividade das ações desenvolvidas, e de saúde da população. Os últimos estão relacionados a indicadores epidemiológicos em termos de internações por doenças evitáveis, morbidade e mortalidade e dependem de uma grande proporção de fatores relacionados à prestação do cuidado nos demais níveis de atenção do sistema bem como do envolvimento e participação de outros setores e atores da área social.

As diretrizes da proposta são sumarizadas em informe da atenção básica (BRASIL, 2005c) e apresentam diferenciais interessantes como: a livre adesão dos gestores municipais, utilização de um sistema de operacionalização virtual, privacidade das informações, processo de articulação e integração com a os planos estaduais de monitoramento e avaliação.

Em que pese a integração dos diferentes níveis de governo no processo de avaliação proposto, o nível local será responsável pela concretização, ou não, da referida proposta e pela viabilização, ou não, das ações de melhoria da qualidade.

O nível local, após análise dos referidos instrumentos, será qualificado em 5 (cinco) padrões crescentes de qualidade; variando do estágio elementar (E) até o avançado (A).

A importância da atenção básica na organização do sistema de saúde como um todo e o incontestável papel do PSF na organização da atenção básica em uma

significativa parcela de municípios brasileiros são elementos de análise que justificam plenamente a adoção de um processo específico e sistematizado de avaliação.

Por outro lado, a utilização de instrumentos de auto-avaliação, com integração de respostas de diferentes atores, envolvendo as equipes de gestão e operacionais, em um referencial metodológico tradicionalmente aceito para avaliação de qualidade de ações de saúde é uma garantia no sentido da confiabilidade e reprodutibilidade das informações obtidas. São características que sugerem que a proposta do MS deverá ser mantida ao longo de tempo, em que pesem as necessidades futuras de adequação.

Outro aspecto positivo é a integração da avaliação do gestor municipal ao plano estadual de avaliação e monitoramento. Esta articulação tem o potencial de desencadear e incrementar a participação dos estados na proposição e implementação de ações com vistas à harmonização de desigualdades regionais no diferentes níveis de atenção, inclusive atenção básica. O adequado desempenho do gestor estadual se constitui em nó crítico neste processo, especialmente para aqueles municípios com limitado corpo técnico e/ou dificuldades relativas à gestão da estratégia.

Outro potencial limitante da proposta é que o desenho metodológico, com técnica quantitativa, não prevê a identificação direta dos diferentes contextos em que a estratégia está atuando e tampouco das expectativas dos usuários em relação à qualidade da atenção. Porém, com a sistematização do processo avaliativo e acompanhamento dos resultados pode-se esperar a identificação de situações ímpares, onde estudos sob medida, com técnicas quali e quantitativas, sejam

indicados para identificação de elementos facilitadores e dificultadores para a referida estratégia.

Em que pesem as referidas limitações, é extremamente oportuna a iniciativa do MS por conter uma proposta de avaliação continuada com disponibilização de informações para gestão interna, possibilitando uma melhora constante da qualidade das ações. Por outro lado, na medida em que o sistema produza as informações, é extremamente importante que, tanto gestor municipal quanto equipes, possam acessar facilmente os resultados da avaliação e eventuais propostas de correção sejam acompanhadas de respaldo dos demais níveis de governo. A praticidade e resolutividade da avaliação reforçarão o respectivo uso pelo gestor e equipes.

1.5 JUSTIFICATIVA

O PSF apresenta-se como a estratégia para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, estabelecendo a ESF como porta de entrada do sistema, na perspectiva de substituição das práticas convencionais. Na definição adotada pelo MS, o PSF está encarregado de estruturar a atenção básica, ações de saúde caracterizadas pela integralidade, resolutividade, através de elevada complexidade tecnológica, e humanização. Ações estas, desenvolvidas em um território com amplo envolvimento da população adscrita (BRASIL, 2003).

Apesar da complexidade da tarefa, a importância da expansão do PSF no contexto nacional exige um processo sistemático de avaliação. Dados de agosto de 2004, apontam a implementação de 20.561 equipes em 4.646 municípios brasileiros, representando uma estimativa de cobertura populacional pouco superior a 68 milhões de brasileiros pelo PSF (BRASIL, 2004d).

Esta expansão dá uma idéia do potencial de reorganização da rede de atenção à saúde nos municípios (SOLLA, 2004). Por outro lado, o processo de consolidação da estratégia envolve avaliação constante para que todo tipo de resultado seja tratado como meio para o alcance dos objetivos propostos. Aqueles negativos com eventuais correções de curso e os positivos como materiais de reforço da própria estratégia. Exemplo disto, é a recente divulgação pelo MS de resultados preliminares de estudo a ser publicado em revista especializada a respeito do potencial do PSF de impactar a taxa de mortalidade infantil nas áreas cobertas (BRASIL, 2005d).

No município estudado, como reflexo da política nacional, ocorreu uma rápida expansão do PSF, havendo triplicado o número de equipes em 2 anos, de 11 para 33 ESF. O resgate histórico deste processo aliado a uma avaliação no modelo Donabedian, comparando-se os momentos de dezembro de 2002 e dezembro de 2004, justificam o presente trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o serviço público de saúde a partir do processo de expansão do PSF de um município do Sul do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar os indicadores de estrutura, processo e resultado do serviço público de saúde de um município do Sul do Brasil, em dezembro de 2002 e dezembro de 2004.

Descrever historicamente o processo de expansão do PSF para o sistema de saúde do município.

Identificar o resultado do processo de expansão para o sistema público de saúde do município.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DO ESTUDO

A proposta metodológica do presente estudo foi um estudo de caso (YIN, 2001) de um município de médio porte do sul do Brasil, onde ocorreu uma rápida expansão do PSF (BRASIL, 2002a).

A escolha do estudo de caso deveu-se à inerente possibilidade de intensiva descrição das variáveis analisadas e respectivas interações (BOYCE, 2002; DEEKS, 2003; FRIDLUND, 1997; HARTZ, 1999b). O objetivo desta técnica, originariamente concebida para o estudo de casos únicos em pesquisas médicas e psicológicas, é compreender uma determinada unidade social como um todo. Nestes casos, o investigador deve ter a capacidade de correlacionar os fenômenos observados com a adequada elaboração teórica (BERGHEN; WHITE, 2000). Neste aspecto, segundo Hartz (1999a), é a adequada construção do modelo teórico explicativo que garante a validade externa deste tipo de estudo.

Para realização do estudo de caso foi montado um protocolo (YIN, 2001),

onde foi estabelecida uma relação de itens a serem descritos. Esta relação foi direcionada para a observação da evolução de elementos de estrutura, processo e resultado, nos dois momentos estudados.

A avaliação do serviço público de saúde do município foi realizada através do referencial sistêmico de Donabedian (1980, 1992b), com comparação de estrutura, processo e resultado, entre os momentos prévio e posterior à referida expansão (dezembro de 2002 e dezembro de 2004).

Este referencial teórico do modelo Donabedian, tem sido “[...]fartamente usado em todo o mundo como referência fundamental para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde” (PEREIRA, 1995, p. 540), sendo feitas comparações do tipo antes e depois (IBRAHIM, 1983; PEREIRA, 1995).

A partir de dezembro de 2002, deu-se o início da expansão do PSF e, por esta razão, foi o momento de coleta de dados dos indicadores selecionados para comparação com aqueles identificados dois anos após, em dezembro de 2004. Esta data coincide com o último mês da administração municipal proponente da referida expansão.

Os indicadores de estrutura, processo e resultado escolhidos satisfazem à lógica de causa e efeito necessária para validação interna deste tipo de estudo, e os parâmetros avaliados são tradicionalmente utilizados na avaliação de qualidade em sistemas de saúde (DONABEDIAN, 1980, 1985b).

Adicionalmente, esses indicadores também integram a sistemática proposta pelo MS, para avaliação de sistemas de saúde e atenção básica (BRASIL, 1999b, 1999c, 2002a).

Também foi feita a descrição do histórico da referida expansão, utilizando-se

documentação disponível, referente ao período de junho de 2001 a dezembro de 2004, mediante a análise de conteúdo (BARDIN, 1995; TRIVIÑOS, 1992).

A ampliação do período de coleta de documentos para a descrição histórica em relação ao período da comparação dos elementos de estrutura, processo e resulta se justifica pela necessidade de conhecer o contexto em que se dá o processo de expansão do PSF.

As fontes para coleta de dados foram variadas e são listadas abaixo:

Atas de reuniões da coordenação do PSF com as equipes e com Conselhos Locais de Saúde (CLS)

Atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS)

Documentos do MS

Notícias veiculadas na mídia impressa

Transcrições de notícias veiculadas nas rádios

Projetos apresentados ao MS e Secretaria de Estado da Saúde (SESA)

Relatório Secretaria de Administração Municipal - Divisão de recursos humanos

Relatório SMS - Departamento administrativo - Divisão de manutenção

Relatório SMS - Departamento administrativo - Divisão de recursos humanos

Relatório SMS - Departamento administrativo - Divisão de transportes

Relatório SMS - Departamento assistência a saúde - Divisão de apoio diagnóstico e terapêutico

Relatório SMS - Departamento assistência a saúde - Divisão de atenção básica

Relatório SMS - Departamento assistência a saúde - Divisão atenção especializada

Relatórios da Ouvidoria municipal

Solicitações formais dos Conselhos Locais de Saúde à SMS

Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS)

Fundo Nacional de Saúde (FNS)

Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA – SUS)

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

Sistema de Internações Hospitalares (SIH – SUS)

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Sistema de Informações sobre Nascimentos (SINASC)

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

Pacto de Indicadores da Atenção Básica (SISPACTO)

Na apresentação da metodologia de cada item de avaliação é especificada a respectiva fonte e modo de coleta de dados.

3.2 Avaliação Modelo Sistêmico – Donabedian

3.2.1 Indicadores de avaliação – estrutura

Os itens, usualmente denominados de recursos, integrantes da avaliação de estrutura, compreendem a organização relativamente estável de recursos disponíveis para alcançar uma determinada finalidade (DONABEDIAN, 1992b).

A escolha dos elementos analisados obedece, portanto, a lógica da finalidade do programa avaliado. Desta forma, foi realizada a comparação entre os inventários de itens classificados como estrutura: recursos financeiros, recursos humanos, instalações físicas, veículos, referência especializada, exames complementares e recursos financeiros destinados à aquisição de medicamentos, em dezembro de 2002 e dezembro de 2004.

Recursos financeiros

Foram levantados os dados referentes ao quantitativo anual de recursos financeiros destinados pela União, Estado e Município ao FMS, nos anos de 2002 e 2004, mediante acesso aos bancos de dados disponíveis na internet em páginas específicas do DATASUS, relatórios da SESA e Contadoria Municipal. Também foram feitas comparações entre gastos *per capita* da União tomando por base recursos repassados ao FMS nos dois momentos analisados. A população utilizada para o cálculo *per capita* é aquela disponível na página do DATASUS, com base em projeções do censo 2000 do IBGE. Os valores financeiros não foram corrigidos.

Recursos humanos

A expansão do PSF pressupõe o acréscimo de pessoal no quadro de RH da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (BRASIL, 2002a; COHEN, 2003). Foram comparados a quantidade de profissionais de categorias profissionais de nível superior, médio e elementar em atividades finalísticas, diretamente ligadas à atenção em saúde, em dezembro de 2002 e dezembro de 2004. Não foram considerados os quantitativos de Cirurgiões Dentistas, Técnicos em Higiene Dental e Auxiliares de Consultório Dentário em função de guardarem relação direta com a expansão do Programa de Saúde Bucal, alvo de trabalho específico. Em relação a médicos também foram comparados o totais de horas semanais de dedicação ao trabalho finalístico nos referidos momentos. Os quantitativos de gastos em folha nos meses de dezembro de 2002 e dezembro de 2004 foram obtidos, com a finalidade de comparação. Não estão incluídos os valores relativos ao 13º salário. As

informações são provenientes dos relatórios da Divisão de Recursos Humanos da SMS e do Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal.

Instalações físicas

As instalações físicas da unidade de saúde de referência do PSF foram normatizadas pelo MS (BRASIL, 2000a, 2004a). Com dados da Divisão e Manutenção da SMS, foram analisados número e o tipo de edificações utilizadas pelas ESF, bem como adequação das unidades de saúde à norma do MS em ambos os momentos.

Veículos

A característica de haver ESF atuando nas zonas urbana e rural confere especial importância à evolução da estrutura de transporte no presente estudo. Por outro lado, este item de estrutura tem particular importância em relação à atenção domiciliar, um dos critérios de avaliação de processo discriminado adiante. Com dados da Divisão de Transporte da SMS, foram comparados o número e a destinação dos veículos da SMS em ambos os momentos estudados.

Referência especializada

A possibilidade de referência para procedimentos e consultas especializadas é um importante fator de integração da atenção básica com os demais níveis do sistema de saúde (COHEN, 1993; DONOHOE et al., 1996; DONOHOE, 1998;

FORREST, 2003; KASSIRER, 1994a; 1994b). Com dados do SIA/SUS e da Divisão de Atenção Especializada da SMS foram comparados os quantitativos anuais de procedimentos especializados por profissionais de nível superior e médio e consultas médicas especializadas realizadas em 2002 e 2004.

Exames Complementares

Utilizando-se dados do SIA/SUS e da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da SMS, foram comparados os quantitativos de eletrocardiogramas (ECG) exames laboratoriais, radiológicos e ultrassonográficos próprios e adquiridos, realizados nos anos de 2002 e 2004.

Medicamentos

Os valores anuais gastos com a aquisição de medicamentos, de qualquer natureza, disponibilizados no SIOPS e nos relatórios da Contadoria do município serviram de base para comparação entre os anos de 2002 e 2004.

3.2.2 Indicadores de avaliação - processo

A avaliação de processo tem sido preconizada para avaliação de programas (BRASEL et al., 2003) e compreende a análise da rotina de trabalho das ESF. Deve ser entendida como o conjunto de: "[...]atividades realizadas para os clientes e as relações entre elas e a qualidade dos serviços prestados" (BRASIL, 1999c, p.11).

A avaliação de processo do programa estudado se concentrou na identificação de práticas de reconhecido valor para obtenção do resultado (PALMER, 1997).

Para tanto, foram analisadas as práticas de utilização de prontuários individuais organizados por famílias, consultas médicas e de enfermagem e as visitas domiciliares.

Organização do prontuário individual por famílias cadastradas

A sistematização do cadastro de pacientes é uma prática recomendada pelo MS para o PSF (BRASIL, 2000a), e possibilita uma análise da qualidade dos dados registrados (SOLOMON et al, 2000). A utilização do critério de organização dos prontuários individuais conforme cadastro familiar deveu-se à lógica da visão da do núcleo familiar de cada paciente atendido, com a perspectiva de adscrição e longitudinalidade do cuidado (STARFIELD, 2002a, 2002b).

Esse indicador foi obtido através dos relatórios da Divisão de Atenção Básica da SMA, sendo construído o percentual de utilização do prontuário familiar em cada um dos momentos analisados. Foi calculado pela relação entre o número de ESF que utilizavam exclusivamente o prontuário familiar para registro de atividades junto à clientela, e o total de ESF em dezembro de 2002 e dezembro de 2004.

A utilização exclusiva de prontuário familiar foi definida apenas para a população adscrita, uma vez que é comum haver prontuários “órfãos” para pacientes provenientes de outras áreas ou atendimentos ocasionais, que não foram computados.

Consultas médicas e de enfermagem

Este indicador é caracterizado por alguns autores como indicador de cobertura (TURNOCK; HANDLER, 1997), em separado daqueles de processo, porém neste estudo é adotado o referencial de Pereira (1995), que entende as consultas médicas e de enfermagem como ações direcionadas a clientela e, portanto, classificadas como processo. Com dados do SIA/SUS, são comparados os quantitativos anuais de consultas médicas básicas, discriminadas em consultas de PSF, de pré-natal, de clínica médica, de ginecologia-obstetrícia, de ginecologia e de pediatria e atendimentos de urgência, nos anos de 2002 e 2004. Da mesma foram obtidos para comparação os totais anuais de consultas de enfermagem no PSF em 2002 e 2004.

As coberturas por consultas médicas nas clínicas básicas foram obtidas dos dados do SISPACTO para 2002 e 2004. Também foi calculada a cobertura média de consultas no PSF com base na relação das consultas médicas de PSF provenientes do SIA e a população registrada no SIAB

Visitas domiciliares

Considerada elemento central no PSF (BRASIL, 2000a), a visita domiciliar é objeto de significativa controvérsia na literatura (ELKAN; BLAIR; ROBINSON, 2000).

Foram feitas comparações entre os anos de 2002 e 2004 dos quantitativos anuais de visitas domiciliares por ACS, obtidos do SIA/SUS e do SIAB, e de visitas domiciliares de auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros e outros profissionais de nível superior, provenientes do SIAB.

As coberturas de visitas domiciliares foram comparadas com base na sistemática do SISPACTO.

Índice de cobertura pelo PSF

Através deste indicador buscou-se aquilatar a evolução da conversão do modelo pré-existente em PSF.

Em dezembro de 2002 e dezembro de 2004, os quantitativos de população coberta pelo PSF foram obtidos de duas diferentes maneiras: através do total de população cadastrada no SIAB e, seguindo a sistemática do MS (BRASIL, 1998), pela multiplicação do número de ESF e a média de 3.450 pessoas cobertas por ESF. Ambos os quantitativos em cada momento foram divididos pelas respectivas estimativas populacionais com base nos dados disponíveis no DATASUS para cálculos dos índices.

3.2.3 Indicadores de avaliação - resultado

A avaliação de resultado tomou como base alguns indicadores adotados pelo MS na Pactuação da Atenção Básica (BRASIL, 2005b). A escolha dos indicadores ocorreu em função do potencial de revelar o resultado da expansão do PSF para o sistema de saúde público do municipal como um todo em um espaço de tempo relativamente curto de intervenção.

Foram escolhidos os seguintes indicadores: proporção de gestantes com mais seis consultas de pré-natal, a incidência de internação no SUS por doença diarreica (DD) em menores de 5 anos, a incidência de internação no SUS por infecções

respiratórias agudas (IRA) em menores de 5 anos e o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) e respectivas subdivisões.

Percentual de gestantes com mais de seis consultas de pré-natal

O indicador foi calculado pela relação entre o número de gestantes com mais de seis consultas de pré-natal e o número total de gestantes, nos anos de 2002 e 2004. Para isso, foram utilizados os dados disponíveis no SINASC.

Incidência de internações no SUS por doença diarreica (DD) em crianças menores de 5 anos

A incidência de internações por DD em menores de 5 anos é considerada evento sentinela na atenção básica, pelo MS (BRASIL, 2005b). Vários autores pontuam a importância da morbidade hospitalar por DD em população pediátrica, como forma de apreensão da realidade da organização e processo de trabalho dos serviços ambulatoriais e hospitalares de saúde e contexto social estudados (BENGUIGUI, 2001a, 2001b; BENÍCIO et al., 1987; BENÍCIO; MONTEIRO, 2000; CAETANO et al. 2002; CESAR et al. 2002; MARTINES; PHILLIPS; FEACHEM, 1993).

A coleta de dados foi realizada a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), coletando-se os números referentes às internações realizadas em menores de cinco anos, nos anos de 2002 e 2004, pelas seguintes patologias: cólera, febres tifóide e paratifóide, shigelose, amebíase, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível e outras doenças infecciosas

intestinais. Os referidos códigos constam da normatização do Código Internacional de Doenças – CID – 10ª Revisão, e podem ser acessados no banco de dados do sistema DATASUS (BRASIL, 2004e).

A incidência de morbidade hospitalar foi calculada pelo número de internações no SUS, por doença diarréica em crianças menores de 5 anos, referentes aos anos de 2002 e 2004, dividido pelas respectivos populações de crianças menores de 5 anos, fornecidas pelo DATASUS (BRASIL, 2004f).

Incidência de internações no SUS por infecção respiratória aguda (IRA) em crianças menores de 5 anos

A incidência de internações por IRA em menores de 5 anos também é considerada evento sentinela na atenção básica, pelo MS. (BRASIL, 2005b).

A representatividade da morbidade hospitalar por infecções respiratórias é estudada por vários autores, seja pela direta influência na mortalidade infantil e pré-escolar, seja pelo custo social, ou pela possibilidade de refletir a organização e processo de trabalho dos serviços ambulatoriais e hospitalares de saúde, e contexto social estudados (ALBERNAZ et al. 2003; BENGUIGUI, 2001a, 2001b; CAETANO et al. 2002; CESAR et al. 2002; CHATKIN; HALPERN; GIUGLIANI, 1996; LASMAR et al. 2002; RICCETTO et al. 2003; SEHGAL et al., 1997; SILVA et al., 1999).

A coleta de dados foi realizada a partir do SIH/SUS, daquelas internações realizadas em menores de cinco anos, nos anos de 2002 e 2004, pelas seguintes patologias: faringite aguda e amigdalite aguda, laringite e traqueíte agudas, outras infecções agudas das vias aéreas superiores, influenza (gripe), pneumonia, bronquite aguda e bronquiolite aguda.

Os referidos códigos constam da normatização do CID – 10ª Revisão e podem ser acessados no banco de dados do SIH/SUS (BRASIL, 2004e).

A incidência de morbidade hospitalar foi calculada pelo número de internações no SUS, por infecção respiratória em crianças menores de 5 anos, referentes aos anos de 2002 e 2004, dividido pelo número de crianças menores de 5 anos, nos respectivos anos, fornecido pelo DATASUS (BRASIL, 2004f).

Também foram calculadas as proporções de internações, no SUS, em crianças menores de 5 anos, em relação ao total de internações para todas as idades, em 2002 e 2004, a fim de se verificar a variação desta variável, nos momentos estudados.

Mortalidade infantil

O coeficiente de mortalidade infantil tem sido extensamente utilizado como indicador de resultado de ações e programas de saúde (SHI et al., 2004). A reconhecida capacidade de refletir o nível de saúde e desenvolvimento social tem generalizado seu uso em processos de avaliação em saúde (STARFIERLD, 2002).

O coeficiente de mortalidade infantil de 2002 foi calculado através do número de óbitos infantis disponíveis no SIM de 2002, dividido pelo número de nascidos vivos, disponível no SINASC, do mesmo ano.

O coeficiente de mortalidade infantil de 2004 foi calculado da mesma maneira, com dados preliminares da SMS, tomando por base as declarações de óbitos e declarações de nascidos vivos, relativos ao ano de 2004, pois estes dados não estavam disponíveis no SIM, no momento da coleta de dados.

Para uma melhor aproximação dos resultados, em 2002 e 2004, os

coeficientes de mortalidade infantil foram subdivididos nos períodos neonatal, precoce e tardio, e pós-neonatal.

Os coeficientes foram calculados com base no número total de óbitos infantis no município, abrangendo áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, em ambos os momentos estudados.

3.3 Descrição histórica da expansão do PSF no município

Para construção da descrição histórica foram utilizados projetos apresentados ao MS e SESA; leis e decretos municipais; atas do CMS; atas de reuniões da coordenação do PSF com as equipes e com CLS; relatórios da ouvidoria municipal; transcrições das gravações de programas das rádios locais, dados administrativos, como relatórios de produtividade, patrimônio e recursos humanos; e indicadores dos sistemas de informação do MS: SIA/SUS, SIH/SUS, SINASC e SIM.

Na leitura dos documentos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, pela possibilidade de se estudar as motivações, atitudes, valores, crenças, tendências e para desvendar ideologias dos dispositivos legais, princípios e diretrizes (TRIVIÑOS, 1992)

Bardin (1995, p.42) foi a referência utilizada, onde a análise de conteúdo é entendida como:

[...]conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

Dentre estas técnicas de análise, optou-se por submeter os referidos documentos a uma análise temática, compreendendo temas associados à

estrutura, processo e resultado da expansão do PSF.

A utilização da análise de conteúdo dos referidos documentos na construção da descrição histórica, aliada à avaliação no modelo Donabedian, justifica-se na busca pela compreensão da coerência do processo de planejamento institucional e a efetiva implementação, com a evolução dos indicadores observados nos momentos de comparação. Constituindo-se, assim, uma pesquisa avaliativa em uma lógica de integração de dados, conforme Hartz (1999a, p. 346):

Não é a justaposição de instrumentos, mas sua integração pelo pesquisador em torno da lógica de um "referente comum" que constitui a prova de qualidade de uma pesquisa multimétodos. A pesquisa buscará obter uma cobertura mais extensa e aprofundada de um mesmo objeto pela maior variedade de informações.

3.4 Local de estudo - a realidade do Município

O município de Guarapuava está situado na Região Sul do Brasil, na região Central do Estado do Paraná, em uma localização estratégica, representando importante corredor de importação e exportação, movimentando negócios para as mais variadas regiões do país e em especial com os países do Mercosul.

A população em 1 de julho de 2002, segundo estimativas a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de aproximadamente 159.103 habitantes (BRASIL, 2004f). Em 2000, apenas 8,7% residiam na zona rural (BRASIL, 2004f).

O município é sede da 5ª Regional de Saúde, constituindo-se em referência para um adicional de habitantes e pólo regional para aproximadamente 20 municípios.

Guarapuava encontrava-se desde maio de 2003 em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, sendo responsável pela gestão das 26 unidades de saúde

distribuídas ao longo de todo o quadro urbano e zona rural. Havia cinco estabelecimentos hospitalares no município em 2003. Em 2004, o respectivo número foi mantido graças à re-abertura de um estabelecimento e fechamento de outro. Destes, apenas um é filantrópico, todos os demais sendo privados. Todos atendiam pacientes do SUS e eram submetidos ao serviço de controle e avaliação municipal.

Refletindo as dificuldades encontradas no contexto nacional, havia um volume pequeno de pacientes com indicação de procedimentos eletivos na média complexidade hospitalar, aguardando atendimento. Em situações não eletivas da média complexidade hospitalar, observava-se uma progressiva dificuldade de negociação da porta de entrada.

Serviços de alta complexidade existiam em apenas dois estabelecimentos hospitalares do município. Do ponto de vista de média histórica, os valores das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) dos estabelecimentos hospitalares com maior resolutividade e maior complexidade eram significativamente inferiores aos de outras regiões menos populosas e com menor capacidade instalada (BRASIL, 2004e).

Como reflexo do contexto nacional, há freqüente desproporção entre a demanda e a oferta de vagas em unidades de terapia intensiva e leitos psiquiátricos.

A estrutura própria para a realização de exames complementares apresenta demanda reprimida de exames complementares. A rede de prestadores conveniada realizava alguns exames de forma complementar ao serviço, fazendo-os em quantitativos inferiores à demanda.

A rede ambulatorial especializada era constituída basicamente por serviços próprios e pelo Consórcio Intermunicipal de Especialidades. Algumas

especialidades, tais como endocrinologia, neurologia, neurocirurgia e otorrinolaringologia, apresentavam demanda reprimida de consultas.

O PSF, desde dezembro de 2002, passava por uma reestruturação, a partir de uma proposta de expansão da cobertura populacional pelas ESF para níveis superiores a 80%. Partindo de 11 equipes, foram implantadas outras 22 ESF, de modo que, no final de 2004, eram 33 equipes, destas, seis atuando na zona rural, em áreas configuradas como de alto risco.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitada autorização à administração do município para realização do estudo.

O estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO A).

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos foram processados em microcomputador. Médias e freqüências absoluta e relativa foram calculadas em planilha eletrônica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA AVALIAÇÃO NO MODELO SISTÊMICO - DONABEDIAN

A seguir serão apresentados os resultados referentes aos indicadores de avaliação, ou seja, os indicadores de estrutura, de processo e de resultado.

4.1 INDICADORES DE AVALIAÇÃO - ESTRUTURA

4.1.1 Recursos financeiros

A Tabela 1 discrimina os valores financeiros repassados ao município, pelo Governo Federal, nos anos de 2002 e 2004 (BRASIL, 2004g).

Tabela 1: Transferências e pagamentos realizados pelo Fundo Nacional de Saúde ao município (FMS), valores em reais, em 2002 e 2004

Ano Competência	Transferências		Total
	Média e alta Complexidades	Atenção básica	
2002	0,0	2.734.112,42	2.734.112,42
2004	457.066,95	5.668.293,74	6.125.360,69

Fonte: Fundo Nacional de Saúde.

Os valores repassados pelo FNS apresentaram um aumento de 124% no período, sendo que 107% dos repasses do Governo Federal são relativos ao custeio da atenção básica. Também passaram a ocorrer repasses de média e alta complexidades, que eram inexistentes em 2002, e guardaram relação com a expansão do PSF.

A Tabela 2 apresenta os valores *per capita* repassados pelo Governo Federal nos anos de 2002 e 2004.

Tabela 2: Transferências e pagamentos realizados ao município, pelo Fundo Nacional de Saúde, atenção básica, média e alta complexidades, valores *per capita* em reais, em 2002 e 2004

Ano	Transferências		Total
	Média e alta Complexidades	Atenção básica	
2002	0,0	17,18	17,18
2004	2,81	34,83	37,64

Fonte: Fundo Nacional de Saúde e Datasus.

O aumento de repasse federal de recursos *per capita*, entre 2002 e 2004, correspondeu a 119%, como consequência direta dos quantitativos repassados para o município estudado. Em relação à atenção básica, o aumento foi de pouco menos de 103%.

A Tabela 3 discrimina os valores anuais repassados pelo Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde do município em estudo.

Tabela 3: Transferências e pagamentos realizados pelo Fundo Estadual de Saúde ao município, valores *per capita* em reais, em 2002 e 2004

Ano	Transferências		Total
	FAE*	SAMU**	
2002	583.616,88	0.0	583.616,88
2004	628.964,28	85.500,00	717.464,28

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde.

* FAE = Fração Ambulatorial Especializada – Média Complexidade

** SAMU = Serviço Móvel à Urgência

Como observado na Tabela 3, os repasses do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde corresponderam exclusivamente à Fração Ambulatorial Especializada (FAE) e custeio do Serviço Móvel de Atenção à Urgência (SAMU – 192). Não houve significativo acréscimo de valores em relação aos repasses do fundo estadual. Isto decorre da opção do governo estadual de co-financiar o PSF apenas para município que estavam incluídos no PROESF (PARANÁ, 2004). Por

outro lado, a implantação do SAMU -192 e aporte dos respectivos recursos guardaram relação com o processo de expansão do PSF no município uma vez que a estruturação da atenção básica foi o argumento utilizado em todo o processo de negociação para que o serviço fosse implantado (CIB-PR, 2003; GUARAPUAVA, 2003a).

Os recursos próprios do município em 2002 empregados no FMS foram informados no SIOPS pela própria administração municipal. Neste particular, estão discriminadas na Tabela 4 as despesas empenhadas, finalizadas e pagas no referido ano. A declaração do SIOPS relativa ao ano de 2004 não havia sido enviada pela nova administração municipal até o início do mês de outubro de 2005, sendo, portanto, dados preliminares.

Também são apresentadas na Tabela 4 as proporções de aplicação de recursos próprios do município, com saúde, sobre receita vinculável, segundo a Emenda Constitucional 29 nos anos de 2002 e 2004.

Tabela 4: Despesas empenhadas, finalizadas e pagas com saúde, com recursos próprios do município, e percentual de aplicação de recursos próprios do município, segundo a EC-29, valores em reais, em 2002 e 2004

Ano	Despesas empenhadas	Despesas Finalizadas	Despesas Pagas	% aplicação recursos segundo EC-29**
2002	9.017.832,00	7.380.473,00	7.338.288,00	14,24
2004	11.472.725,23 *	11.461.310,71 *	11.461.310,71 *	15,57*

Fonte: SIOPS e Contadoria Municipal.

* Dados preliminares fornecidos pela Contadoria do Município – Dezembro/2004

** EC-29 = Emenda Constitucional 29

Esta última tabela ilustra a realidade vivida em 2002, previamente ao processo de expansão, quando a relação entre os montantes de despesas finalizadas e pagas em relação às despesas empenhadas representava 81,8% e

81,4%, respectivamente. Esta disparidade decorreu de uma combinação de situações:

- Bens/serviços que haviam sido licitados, porém não entregues/prestados até o final do ano e, portanto, não poderiam ser despesas finalizadas e pagas. Era a menor parcela dos casos.
- Bens/serviços que haviam sido licitados e entregues/prestados até o final do ano porém sem cobertura financeira para respectivo pagamento. Nesta situação, a administração finaliza a aquisição no exercício fiscal seguinte com vistas ao equilíbrio orçamentário e financeiro. Era a maior parcela dos casos e revela a situação de endividamento em que a SMS se encontrava previamente ao processo de expansão da estratégia.

Por outro lado, merece atenção que em dezembro de 2004 as diferenças entre despesas empenhadas, finalizadas e pagas são insignificantes, como reflexo de, no mínimo, três situações diferentes interagindo no mesmo resultado:

- Houve expansão da arrecadação municipal com base no impostos próprios do município e repasses automáticos de Fundo de Participação de Municípios e provenientes de impostos estaduais.
- Período de transição de administração municipal onde, por força da Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000c), não há possibilidade de se deixar restos a pagar, exceto em situações que existam restos a receber (BRASIL, 2004h). Esta exceção à lei, explicitada na nota técnica do FNS, ocorre em função das transferências *ex post* típicas do financiamento tripartite. Nestes contextos os repasses ocorrem com atraso de, no mínimo um mês, em relação à alimentação de dados do sistema. Tomando como exemplo os incentivos do MS para atenção básica do município estudado, os valores relativos à competência dezembro de 2004

só foram depositado no Fundo Municipal de Saúde na segunda quinzena de janeiro de 2005.

- Processo de planejamento estratégico precedendo e presidindo a ampliação do PSF de modo a garantir o equilíbrio financeiro graças à busca de eficiência alocativa de recursos e ampliação do aporte de recursos, em especial, do FNS.

A análise dos percentuais de recursos vinculáveis aplicados em saúde, segundo Emenda Constitucional 29, em ambos os anos, permite verificar que os quantitativos foram suficientes para o cumprimento do requisito legal.

Por outro lado, o aumento de 14,24% em 2002 para 15,57% em 2004, correspondendo a 9,3% em termos percentuais, só pode ter a respectiva magnitude avaliada ao se levar em consideração que são valores relativos a despesas pagas. Neste quesito a comparação dos dois momentos revela um acréscimo de 56,2% de despesas pagas em 2004 em relação a 2002. O acréscimo da ordem de R\$ 4.123.022,71 (valores não corrigidos) nas despesas pagas em saúde permite aquilatar a significativa expansão do gasto por conta da estruturação da atenção básica. Por outro lado, o equilíbrio financeiro da administração municipal, face à referida expansão de despesas, só pode ser explicado graças a, já mencionada, expansão de receitas municipais, aos ganhos de eficiência do sistema municipal de saúde como um todo e a estratégia de co-financiamento das ações implementadas.

4.1.2 Recursos humanos

A evolução de recursos humanos em dezembro de 2002 e dezembro de 2004 foi dividida entre categorias profissionais, e agrupadas nos níveis elementar técnico, superior, e de apoio às equipes de saúde, conforme demonstra a Tabela 5.

Tabela 5: Número de profissionais na Secretaria Municipal de Saúde do município, por níveis e categorias profissionais e variação percentual, dez. de 2002 e 2004

Nível	Categoria Profissional	Dezembro 2002	Dezembro 2004	Variação %
Elementar	Ag. Comunitários Saúde	105	205	95,2
Técnico	Auxiliares de Enfermagem	98	118	20,4
	Técnicos de Enfermagem	0	5	500,0
Superior	Assistentes Sociais	3	3	0,0
	Enfermeiros	32	47	46,9
	Farmacêuticos/Bioquímicos	8	9	12,5
	Fisioterapeutas	4	8	100,0
	Fonoaudiólogos	3	4	33,3
	Médicos	65	84	27,3
	Nutricionistas	0	2	200,0
	Psicólogos	4	6	50,0
Prof.de apoio	Motoristas	25	37	48,0

Fonte: Divisão de Recursos Humanos Secretaria Municipal de Saúde

Houve significativos aumentos entre agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem, categorias profissionais integrantes da equipe mínima do PSF, com era de se esperar em uma expansão desta natureza. A variação proporcional de médicos (28,8%) e enfermeiros (46,9%) não reflete a realidade do aumento de 17 médicos e 15 enfermeiros. Estes números também estão dissonantes com a criação de 22 novas ESF no período, revelando a estratégia de aproveitamento dos recursos existentes.

Os maiores aumentos percentuais aconteceram entre técnicos de enfermagem e nutricionistas, profissionais cuja categoria não existia no quadro administrativo em dezembro de 2002. Outra variação significativa ocorreu entre fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e farmacêuticos nesta ordem de importância. Em ambas as situações são profissionais não integrantes da equipe mínima recomendada pelo MS e os referidos aumentos estão a indicar que a expansão do acesso através da equipe mínima do PSF identifica problemas que demandam práticas interdisciplinares (BRASIL, 2005a). Por outro lado, não ocorreu

aumento entre as Assistentes Sociais por uma peculiaridade local a ser detalhada no próximo capítulo.

Em relação aos médicos foi necessário identificar as horas de dedicação uma vez que um significativo número de profissionais apresentava dedicação parcial (KLUTHCOSKY, 2001). Em dezembro de 2002 havia 65 médicos no quadro, em um total diário de 313 horas médico. Em dezembro de 2004 havia 84 médicos, incluindo os contratos temporários, em um total de 481 horas médico diárias. A variação de 53,7% entre os momentos é superior ao aumento do número de profissionais nesta categoria (27,3%) em função da estratégia de aproveitamento de recursos humanos pré-existentes e da contratação de novos profissionais nos moldes do PSF, ou seja com dedicação de 8 horas diárias. A Tabela 6 discrimina a variação por área de atuação médica:

Tabela 6: Número de horas médico diárias da Secretaria Municipal de Saúde do município, por áreas de atuação e variação percentual, dezembro de 2002 e 2004

Área de atuação	Dezembro 2002	Dezembro 2004	Variação %
Administração	4	14	250,0
Auditoria médica	34	26	-23,5
Atenção básica	208	317	52,4
Atenção especializada	49	84	71,4
Atenção às urgências	18	32	77,8
Saúde ocupacional	0	8	800,0
Total	313	481	53,7

Fonte: Divisão de Recursos Humanos Secretaria Municipal de Saúde

A variação positiva aconteceu em todas as áreas de atuação, com exceção da auditoria médica. Os maiores aumentos percentuais, não se considerando áreas recém criadas, como saúde ocupacional, se concentraram nos níveis de atenção a urgências (77,8%) e especializada (71,4%). No primeiro caso, consequência direta da re-estruturação da unidade pré-hospitalar fixa do município, como parte do projeto municipal de atenção às urgências que culminou com a implantação do

SAMU-192 em setembro de 2004. E no segundo caso, médicos especialistas atuando nas clínicas básicas foram remanejados para especialidade constituindo o Centro Municipal de Especialidades (CME). Este remanejamento explica porque, apesar da contratação de novos profissionais, o aumento de horas médico na Atenção Básica foi inferior à Atenção Especializada.

A Tabela 7 discrimina a distribuição das horas médico diárias e variação percentual nas clínicas básicas e PSF nos dois momentos:

Tabela 7: Número de horas médico diárias na atenção básica por clínicas básicas, e variação percentual, dezembro de 2002 e 2004

Área de atuação	Dezembro 2002	Dezembro 2004	Variação %
Clínica médica	61	0	-100,0
Ginecologia e obstetrícia	26	26	0,0
Pediatria	25	27	8,0
Programa Saúde da Família	96	264	175,0
Total	208	317	52,4

Fonte: Divisão de Recursos Humanos Secretaria Municipal de Saúde

O aumento de horas médicos na atenção básica às custas da substituição de especialistas por médicos contratados especificamente para dedicação integral a generalidade sugerem uma efetiva conversão da rede municipal ao modelo proposto pelo MS.

O número total de pessoas lotadas na Secretaria Municipal de Saúde do município, entre servidores, cargos comissionados, contratados em caráter de urgência e estagiários, em dezembro de 2002, era de 641, com um custo total de folha neste mês de R\$ 763.001,28. Em dezembro de 2004 havia 880 pessoas lotadas na secretaria com um custo de folha de pagamento neste mês de R\$ 1.391.586,98, segundo a Divisão de Recursos Humanos da Administração Municipal. O aumento de 82,3% nas despesas com pessoal demonstra, além das

correções e aumentos salariais no período, que o custo de um projeto de priorização da saúde com expansão da atenção básica através do PSF decorre, em grande parte, da necessidade de disponibilizar profissionais qualificados com salários diferenciados. Neste particular é interessante mencionar que a despesa com recursos humanos, em gestão pública, além do quantitativo financeiro e desdobramentos em obrigações sociais e trabalhistas atender aos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2002c).

4.1.3 Instalações físicas

A Tabela 8 apresenta o número de unidades básicas de saúde existentes no município, em dezembro de 2002 e dezembro de 2004.

Tabela 8: Número de unidades básicas de saúde do município, por tipo, em dezembro de 2002 e 2004

Tipo de unidade de saúde (US)	Dezembro 2002	Dezembro 2004
US própria do PSF	3	5
US adaptada como sede do PSF	4	15
US em imóvel locado adaptado como sede do PSF	1	6
US em imóvel cedido adaptado como sede PSF	1	2
US sem PSF	11	0
Total	20	28

Fonte: Divisão de Manutenção da Secretaria Municipal de Saúde

A distribuição de unidades de saúde (US) como sede para as ESF, que estavam sendo implantadas no quadro urbano do município, foi condição necessária para a expansão da estratégia no município. Para dar conta da demanda por espaço físico foram adaptadas sedes de PSF em unidades pré-existentes, em imóveis locados e cedidos e sedes construídas especificamente para o PSF. Na expansão da atenção básica o esforço foi direcionado a dar condições de acesso geográfico

colocando unidades próximas à população adscrita. Para priorização das áreas/populações de maior risco foram utilizadas informações do processo de territorialização prévio à expansão (GUARAPUAVA, 2002). Neste, foram utilizadas as unidades pré-existentes, distribuídas ao longo do quadro urbano e zona rural, para transformação em sedes de PSF. No entanto, as áreas de maior risco exigiram a identificação de imóveis a serem locados ou obtidos por cessão específicos, uma vez que a rede pública, embora bem distribuída, estava situada em áreas diferenciadas, de menor risco.

A combinação da transformação da rede pré-existente, com projetos estruturais de boa qualidade, porém defasados em relação às normas vigentes e mal conservados, e a adaptação de imóveis locados e cedidos determinou um acervo não padronizado de unidades onde se buscou atender aos requisitos mínimos das normas de vigilância sanitária, em uma estrutura mínima compreendendo:

- sala de vacina;
- áreas de pré-consulta, inaloterapia e aplicação de medicamentos;
- almoxarifado e farmácia;
- dois consultórios individuais (médico e enfermagem);
- espaço para reuniões de equipe e reuniões grupos;
- banheiro para equipe;
- banheiro masculino e feminino para população adscrita;

Em estudo com utilização de análise estatística com *clustter*, Chaia (2004) identificou que o projeto com base na territorialização apresentava no critério de acessibilidade geográfica uma distribuição satisfatória com algumas áreas não cobertas no quadro urbano.

Nos anexos estão mapa da distribuição das unidades e respectivas áreas de abrangência e modelos de unidades de saúde.

4.1.4 Veículos

A Secretaria Municipal de Saúde contava com 36 veículos em dezembro de 2002. Em dezembro de 2004 este quantitativo subiu para 49 veículos, representando um aumento de 36,1%.

Os veículos destinados exclusivamente ao PSF dobraram de 4, em dezembro de 2002, para 8 veículos em dezembro de 2004. Este aumento determinou que a proporção de veículos destinados exclusivamente ao PSF, da frota da Secretaria Municipal de Saúde do município, subisse de 11% para 16% do total de veículos.

Foram aumentos importantes, porém desproporcionalmente baixos ao aumento do número de ESF (200%) o que certamente representou em limitante no processo de trabalho do PSF.

4.1.5 Referência Especializada

Dados do SIA/SUS revelam que o número de procedimentos especializados realizados no município, por médicos e outros profissionais de nível superior e médio no ano de 2002 foi de 68.462 procedimentos. Em 2004 foram 123.046 procedimentos. Representando um aumento de 79,7% na comparação entre os anos de 2002 e 2004.

As consultas médicas especializadas provinham de duas unidades: o CME e o CIS. A Tabela 9 demonstra o número das consultas realizadas nos anos de 2002 e 2004, em ambas as unidades.

Tabela 9: Número de consultas médicas especializadas do Centro Municipal de Especialidades (CME) e do Consórcio Intermunicipal Saúde (CIS), em 2002 e 2004

Local da realização da consulta	2002	2004
CIS	17.684	16.318
CME	21.446	45.250
Total	39.130	61.568

Fonte: Divisão de Atenção Especializada – Secretaria Municipal de Saúde

Observa-se que ocorreu um aumento de 57% em todas as consultas especializadas entre 2002 e 2004, inteiramente devido ao aumento de mais de 110% das consultas prestadas pelo CME, que compensou, inclusive, a redução no período de consultas realizadas no CIS.

O aumento de consultas do CME esta confirmando a informação relativa a estrutura de recursos humanos, em especial ao aumento de horas médico diárias na atenção especializada do município. É um reflexo interessante da capacidade de transformação da rede a partir da atenção básica. Por outro lado, foi uma resposta a demanda reprimida pré-existente agravada, no primeiro momento, pela ampliação do acesso na rede básica com conseqüentes desdobramentos na atenção especializada.

4.1.6 Exames complementares

A Tabela 10 apresenta os quantitativos anuais de exames de eletrocardiograma, patologia clínica, radiodiagnóstico e exames ultrassonográficos, realizados segundo dados do SIA-SUS nos anos de 2002 e 2004.

Tabela 10: Número total de exames eletrocardiográficos, de patologia clínica radiodiagnóstico e exames ultrassonográficos e variação percentual em 2002 e 2004

Tipo de exame complementar	Exames realizados		
	2002	Ano 2004	Variação (%)
Eletrocardiograma	1.995	4.680	134,6
Patologia clínica	157.108	188.538	20,0
Radiodiagnóstico	28.358	32.204	13,6
Ultrassonografia	2.341	7.369	214,8

Fonte: SIA/SUS.

O aumento do número de ESF com conseqüente ampliação do acesso aos serviços de saúde pressupõe um aumento de demanda por exames complementares, solicitados pelas próprias ESF e pela rede especializada de referência. Confirmando a assertiva anterior, houve aumento de todos os tipos de exames, conforme demonstra a Tabela 10 na comparação de 2002 e 2004. Exames ultrassonográficos (215%) e ECG (135%) aumentaram de modo mais significativo. O importante aumento representou apenas o esforço de se absorver a demanda. É importante ressaltar a existência de um contingente de exames solicitados em fila de espera. Neste particular, as maiores demandas reprimidas eram para exames de maior custo como ultrassonografias, endoscopias, testes ergométricos e tomografias. Por outro lado, exames de patologia clínica e radiodiagnóstico que apresentaram aumentos de menor importância, 20 e 14%, respectivamente, não apresentando demandas reprimidas significativas.

O esforço da rede municipal em dar resposta às solicitações por exames provenientes da atenção básica, atenção especializada e das urgências pode ser

verificado pela análise isolada da produção de exames realizados em serviços próprios do município, nos anos de 2002 e 2004, conforme Tabela 11.

Tabela 11: Número de exames eletrocardiográficos, de patologia clínica, radiodiagnóstico e exames ultrassonográficos produzidos em serviços próprios e variação percentual, 2002 e 2004

Tipo de exame complementar	Exames realizados		
	2002	Ano 2004	Variação (%)
Eletrocardiograma	620	3.305	433,1
Patologia clínica	54.243	79.155	45,9
Radiodiagnóstico	10.944	11.197	2,3
Ultrassonografia	1.505	5.249	248,8

Fonte: SAI/SUS e Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – Secretaria Municipal de Saúde

*SMS = Secretaria Municipal de Saúde

Estes dados informam que o aumento verificado no cômputo geral se deveu em grande parte à produção de exames pela rede própria, graças ao investimento na aquisição/locação de equipamentos e disponibilização de recursos humanos.

Exames envolvendo maior densidade tecnológica e maiores custos apresentavam as maiores demandas reprimidas, em 2004 foram comprados de prestadores de serviço mediante processo licitatório. Uma pequena parcela destes exames provinha do CIS.

4.1.7 Medicamentos

A farmácia do município passou por uma re-estruturação no período decorrido entre dezembro de 2002 a dezembro de 2004. Este processo envolveu mudança de instalações físicas e endereço e mudança de coordenação.

O elenco de medicamentos da farmácia básica era de 94 apresentações farmacêuticas. O suprimento do estoque era feito através de compras da administração municipal mediante processo licitatório e aquisições trimestrais

através de consórcio intermunicipal específico com recursos estadual e federal da farmácia básica.

A Tabela 12 apresenta os quantitativos de recursos financeiros empregados nos anos de 2002 e 2004, na assistência farmacêutica básica.

Tabela 12: Total de despesas anuais com aquisição de medicamentos, nos âmbitos federal, estadual e municipal, valores em reais, em 2002 e 2004

Fonte de recursos	2002	2004
Municipal	577.819,00	896.226,75
Estadual	52.503,99	52.503,99
Federal	157.283,04	159.103,00
Total	787.606,03	1107.833,74

Fonte: SIOPS, Datasus e Contadoria Municipal.

Os dados demonstram um aumento do total de despesas com medicamentos, da ordem de 41% entre os anos de 2002 e 2004. Este aumento se deve exclusivamente ao aumento de recursos próprios para aquisição de medicamentos tendo em vista que as contrapartidas estadual e federal permaneceram estáveis.

É importante ressaltar que o município adicionalmente recebeu ao longo dos anos de 2003 e 2004 alguns conjuntos de medicamentos básicos para as ESF cadastradas, medicamentos do elenco do Hiperdia e medicamentos de saúde mental.

4.2 INDICADORES DE AVALIAÇÃO - PROCESSO

4.2.1 Organização de prontuários individuais por cadastro familiar

As ESF cujas sedes eram unidades básicas de saúde e que, portanto, já apresentavam cadastro dos usuários como prontuários individuais passaram por

processo de reagrupamento daqueles em uma lógica de cadastramento familiar. Por outro lado, as equipes cujo início de cadastramento já se deu como PSF, o registro de usuários em prontuários familiares foi um processo natural.

Em dezembro de 2002, das 11 ESF existentes, apenas 2 trabalhavam com a distribuição dos prontuários em cadastramento familiar, correspondendo a 18,2%. Em dezembro de 2004, todas as equipes utilizavam a lógica de cadastramento familiar. De modo que toda a rede básica do município utilizava a referida sistemática para acesso e arquivamento dos prontuários individuais.

4.2.2 Consultas médicas e de enfermagem

A Tabela 13 apresenta o número de consultas médicas em clínicas básicas, do PSF, da urgência, de pré-natal, clínica médica, ginecologia-obstetrícia, ginecologia, e pediatria, para os anos de 2002 e 2004.

Tabela 13: Número de consultas médicas no PSF e nas clínicas básicas, realizadas no município e variação percentual em 2002 e 2004

Tipo de consulta médica	2002	2004	Variação %
Programa Saúde da Família	41.575	123.040	195,9
Atendimento de urgência em clínicas básicas	46.374	26.444	- 43,0
Pré-natal	12.641	12.993	2,8
Clínica médica	107.686	44.300	- 58,9
Ginecologia-obstetrícia	2.251	1.889	- 16,1
Ginecologia	11.337	10.313	- 9,0
Pediatria	21.062	7.716	- 63,4
Total	242.926	226.695	- 6,7

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

A ampliação do acesso é uma conseqüência natural da expansão do PSF e, conforme observado na Tabela 13, o quantitativo de consultas médicas no PSF, comparando-se 2002 e 2004, sofreu um aumento de 195,9 %. Em relação as clínicas básicas, somente ocorreu pequeno aumento (2,8%) nas consultas de pré-

natal em 2004 em relação a 2002. Nas demais clínicas básicas houve redução dos quantitativos de consultas médicas de pediatria (63,4%), de clínica médica (58,9%), de urgências (43%), de ginecologia-obstetrícia (16,1%) e de ginecologia (9%).

Como resultante, o total de consultas médicas em clínicas básicas, apesar do aumento ocorrido no PSF, apresentou uma redução de 6,7% em 2004 em relação a 2002.

O aumento de consultas de PSF em termos quantitativos, embora significativo, não permite a identificação de possíveis ganhos relativos à humanização do atendimento, coordenação da atenção, longitudinalidade do cuidado e adscrição da clientela. A verificação deste potencial ganho qualitativo merece estudo posterior.

É compreensível a redução de consultas na clínica médica tendo em vista a conversão do modelo. No entanto, as reduções nas consultas de pediatria, gineco-obstetrícia e ginecologia apontam para a prática generalista assumida pelas ESF. O fato de que a referida redução se deu apesar da manutenção da estrutura de recursos humanos em gineco-obstetrícia e até ampliação em pediatria em 2004 em relação a 2002, como demonstrado na tabela 7, sugere uma dificuldade na referência e contra-referência entre as especialidades básicas e as ESF.

Por outro lado, a redução das consultas médicas básicas de urgências parece ser um avanço em termos de ampliação de acesso com menor demanda por consultas de urgência. O contraponto da redução de produção apesar da significativa expansão de estrutura física e de recursos humanos (77,8%) para atenção às urgências, conforme tabela 6, é indicativo de um ganho de qualidade com ampliação do tempo de dedicação do médico ao paciente em situação de urgência.

Segundo o SISPACTO, em 2002, a média de consultas médicas nas clínicas básicas foi de 1,53 consultas por habitante por ano. Em 2004 esta média foi de 1,40 consulta por habitante por ano. Refletindo o quadro geral, houve redução de pouco mais que 8% em 2004 em relação a 2002.

A relação das consultas médicas de PSF em relação à população cadastrada no SIAB fornece a cobertura específica do programa em cada ano analisado. Em 2002 a cobertura de consultas médicas para a população cadastrada pelo PSF foi de 1,5 consultas por habitante por ano. Em dezembro de 2004 houve queda de 16,3%, com a média de 1,2 consultas por habitante por ano.

A piora na cobertura pelas consultas médicas nas clínicas básicas de um modo geral e no próprio PSF é consequência de dois movimentos complementares que são a migração de especialistas da rede básica para a especializada e a implantação paulatina das ESF, com pouco tempo de atuação do profissional médico nas respectivas áreas. Por outro lado o cadastro de usuários era pleno em função do trabalho prévio dos ACS nos territórios.

Em contraposição à redução de consultas médicas, as consultas de enfermagem em unidades de PSF apresentaram um aumento de 160,7%, passando de 14.013 consultas em 2002 para 36.534 em 2004, segundo dados do SIA/SUS. As referidas consultas/atendimentos são indicativas do trabalho multiprofissional característico da ESF. No entanto, o aumento observado não foi proporcional àquele das consultas médicas de PSF (195,9%). Este descompasso pode ser indicativo da falta de clareza do espaço assistencial da enfermagem nas práticas da equipe bem como da aceitação da população, no primeiro momento, deste espaço. Ambas as situações decorrem do acúmulo de poder do modelo médico assistencial

(SCHRAIBER, 1995) e da heterogeneidade de utilização de protocolos de atendimento pelas ESF nesta fase de expansão.

4.2.3 Visitas domiciliares

As visitas domiciliares são marca característica do PSF e, em função da expansão da estratégia, é esperado um significativo aumento da atenção domiciliar pelas diferentes categorias profissionais que atuam na atenção básica.

Com base no SIA/SUS, as visitas domiciliares de agentes comunitários, não sendo discriminadas aquelas feitas no PSF e no PACS, apresentaram um aumento de 100,5%, de 136.426 visitas domiciliares em 2002 para 268.824 visitas em 2004. Esta evolução positiva era esperada em função do importante aumento de ACS no contexto estudado. Dados do SIAB municipal, relativos às visitas domiciliares realizadas exclusivamente no contexto do PSF, expõem de maneira mais clara a mudança dentro da própria estratégia, quando os ACS passam a integrar ESF, nesta fonte, o aumento é de 173,2% com evolução de 98.411 visitas por ACS em 2002 para 268.824 visitas em 2004.

Em função das diferentes fases de implantação das ESF, não há como se estabelecer uma relação linear entre o aumento do número de ESF e a produção de visitas domiciliares pelos ACS neste contexto. Apesar disto, no processo de trabalho das ESF, pela constante identificação de indivíduos/famílias em risco, cujo tratamento envolve acompanhamento ao longo do tempo, é esperado número de visitas domiciliares mensais de ACS superior ao quantitativo dos respectivos cadastros familiares. Ou seja, às visitas domiciliares mensais devidas as famílias cadastradas, ocorrem acréscimos de visitas adicionais em função de situações

identificadas como prioritárias. É um indicador de processo interessante que não está aplicado a este trabalho pelo contexto de implantação progressiva das ESF.

Na Tabela 14 estão discriminados os quantitativos anuais de visitas domiciliares realizadas no PSF por auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde de nível superior nos anos de 2002 e 2004. Os dados são provenientes do SIAB.

Tabela 14: Número de visitas domiciliares auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e outros profissionais nível superior e variação percentual, 2002 e 2004.

Profissional que realizou a visita domiciliar	2002	2004	Variação %
Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	5.464	11.801	116,0
Enfermeiro	4.101	8.717	112,6
Médico	4.795	6.667	39,0
Outros profissionais de nível superior	185	656	254,6
Total	9.081	16.040	76,6

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O aumento de visitas domiciliares nas categorias analisadas, exceto ACS, foi da ordem de 76,6% comparando-se 2002 e 2004. Uma variação positiva pequena em relação à magnitude da expansão das ESF. Esta desproporção é ainda mais evidente em relação às visitas domiciliares de médicos (39%).

Em relação a esta categoria profissional especificamente é interessante ressaltar a importante concentração em atividades assistenciais dentro da unidade de saúde (SCHRAIBER, 1995) e a dificuldade relativa à formação profissional baseada em um modelo onde o habitual é que o paciente procure a assistência e não o contrário.

A Enfermagem, tanto no nível médio, quanto no superior, mais afeita ao cuidado (ZAGONEL, 1999), inclusive com a perspectiva da atenção domiciliar, mais que dobrou o número de visitas domiciliares. Além da prática de busca de pacientes

prioritários, representa certamente a atenção a pacientes incapacitados de freqüentar a unidade de saúde ou que demandam procedimentos passíveis de serem realizados no domicílio. As ações domiciliares são valorizadas pela população (SILVA; SENA; LEITE, 2005), com importante potencial de respaldar o trabalho dos ACS (FERRAZ; AERTS, 2005). Também organizam a demanda assistencial nas ESF, seja pela característica de triagem, quando auxiliar de enfermagem verifica dados vitais de paciente identificados pelo ACS, por exemplo, seja pela otimização do fluxo de pacientes, quando enfermeiro faz o curativo de paciente acamado no domicílio, evitando o deslocamento da família a unidade e gasto desnecessário de tempo na unidade.

Houve incremento de visitas domiciliares realizadas por outros profissionais de saúde da ordem de 254%. Esta variação positiva está combinada ao aumento da estrutura de recursos humanos em fisioterapia (100%) e psicologia (50%) e criação do cargo de nutricionista com admissão de 2 profissionais conforme tabela 5. todos estes profissionais trabalhavam descentralizadamente em estruturas de apoio ao PSF.

O número de visitas domiciliares por outros profissionais de saúde, além dos ACS, é um interessante indicador de processo por, no mínimo, evidenciar ou não duas características básicas preconizadas no modelo:

- a apropriação do território pelos integrantes da equipe, além do ACS,
- a mudança de modelo, com quebra de paradigmas, onde profissionais superam modelos da respectiva formação ao se “despirem” das proteções naturais típicas das unidades de saúde e adentrarem aos domicílios em busca da construção conjunta de um processo de atenção integral à saúde.

4.2.4 Índice de Cobertura pelo PSF

A sistemática de cálculo dos incentivos financeiros do MS se baseia no pressuposto que uma ESF atende em média 3.450 pessoas (BRASIL, 1998). Por este cálculo, em dezembro de 2002 o município apresentava cobertura de PSF para 37.950 munícipes, ou 23,9% da população segundo dados do IBGE. Este panorama era diferente ao se utilizar dados do SIAB, onde constavam apenas 28.095 pessoas cadastradas, representando cobertura de 17,7% da população. Esta defasagem entre população coberta pela média e efetivamente cadastrada, da ordem de 26%, é fruto, de maneira geral, da dificuldade de uma média, estabelecida pelo MS, dar conta das realidades dos diferentes territórios de atuação das ESF. No contexto, a referida defasagem decorre da incipiência do programa no município, com fragmentação das áreas de atuação das ESF, com de foco em populações de risco. Ou seja, tratava-se de programa complementar e não estratégia estruturante.

Em 2004, pela sistemática do MS, estavam cobertas 113.850 pessoas (70,0%), no SIAB constavam 99.371 cadastros individuais, representando 61,1% de cobertura real pelo programa. A defasagem, neste momento era de 12,7%.

Na comparação entre dezembro de 2002 e dezembro de 2004, percebe-se uma redução de 51,0% na defasagem entre os cadastros individuais no SIAB e a sistemática proposta pelo MS. Este dado é indicativo de que à medida que ocorre a expansão da estratégia, há uma aproximação do critério do MS, uma vez que foi a base do cálculo populacional no planejamento do processo de expansão das ESF.

Outra importante consideração é que em ambos os momentos, havia ESF com tempo de implantação inferior a 3 meses e que, portanto, apesar da atuação prévia de ACS nas áreas, deveriam apresentar cadastros incompletos.

4.3 INDICADORES DE AVALIAÇÃO - RESULTADO

4.3.1 Percentual de gestantes com mais de 6 consultas no pré-natal

Dados preliminares do SINASC municipal em 2004 dão conta que, das 3.054 gestantes do município, apenas 1.527, ou 50%, fizeram mais de 6 consultas de pré-natal. No ano de 2002, 1.925 gestantes haviam feito mais de 6 consultas de pré-natal representando 61,6% de 3126 gestantes. São dados de todas as gestantes do município e não permitem discriminar o acompanhamento ou não pelo PSF, no entanto é nítida a piora na qualidade da atenção pré-natal no ano de 2004 em relação ao ano de 2002.

Esta piora deve ser analisada do ponto de vista de indicadores de estrutura e processo previamente apresentados. Através da referida análise, pode-se perceber que houve manutenção de estrutura de recursos humanos em gineco-obstetrícia (tabela 7) com discreta elevação do número de consultas de pré-natal (tabela 13) para um número ligeiramente menor de gestantes (2,3%). Estes dados, associados à expansão do acesso às consultas de PSF, sugerem que houve uma incoordenação entre a porta de entrada para as gestantes, representada pelo PSF, e equipes de referência em obstetrícia, alocadas de forma descentralizada nos pólos e na unidade de atenção especializada à mulher. Esta incoordenação determinou a queda na cobertura do pré-natal com prejuízos financeiros para o município e hospitais e com piora na qualidade de atenção para a população, em especial gestantes.

4.3.2 Incidência de internações no SUS por doença diarreica em crianças menores de 5 anos

Dados do SIH/SUS informam que ocorreram 180,5 internações por DD cada 10.000 crianças menores de 5 anos no ano de 2002 e 208,1 internações por DD cada 10.000 crianças menores de 5 anos em 2004.

O aumento de 15,3% abriga uma aparente contradição tendo em vista a magnitude da expansão de acesso à atenção básica pelo PSF. Em função das doenças diarreicas em menores de 5 anos serem consideradas patologias sensíveis a cuidados ambulatoriais (BENGUIGUI, 2001a, 2001b; BENÍCIO et al., 1987; BENÍCIO; MONTEIRO, 2000; CAETANO et al. 2002; CESAR et al. 2002; ESREY; FEACHEM; HUGHES, 1985; MARTINES; PHILLIPS; FEACHEM, 1993) se esperaria justamente o oposto, ou seja, a redução no referido coeficiente.

4.3.3 Incidência de internações no SUS por infecção respiratória aguda em crianças menores de 5 anos

Em 2002 ocorreram 502,8 internações por IRA, no SUS, a cada 10.000 em menores de 5 anos. Em 2004 ocorreu um aumento de 29,1% neste coeficiente, indicando a incidência de 649,3 por IRA a cada 10.000 crianças menores de um ano.

Aqui, a semelhança do coeficiente anterior, há uma contradição face à expansão da atenção básica experimentada no período do estudo e pela sensibilidade que estas patologias apresentam aos cuidados ambulatoriais (ALBERNAZ et al. 2003; BENGUIGUI, 2001a, 2001b; CAETANO et al. 2002; CESAR et al. 2002; CHATKIN; HALPERN; GIUGLIANI, 1996; LASMAR et al. 2002;

RICCETTO et al. 2003; SEHGAL et al., 1997; SILVA et al., 1999).

Ambos os indicadores anteriores apontam, em uma primeira análise, para um resultado desfavorável da expansão do PSF. No entanto merece análise em primeiro lugar o crescimento de 13,1% do número absoluto de internações nesta faixa etária no contexto SUS comparando-se os anos de 2002 e 2004. A participação relativa de internações nesta faixa etária no SUS subiu de 16,5% em 2002 para 18,9%, em um aumento de 14,6%. As internações de menores de 5 anos tiveram aumentos no número absoluto, na participação relativa e na variação desta entre 2002 e 2004, em um contexto de uma pequena redução na oferta de internações pelo SUS. A tabela 15 sumariza estes quantitativos.

Tabela 15: Número de internações totais, em menores de 5 anos, proporção relativa e evolução em 2002 e 2004

Internações	2002	2004	Variação %
Número de internações SUS	12.528	12.372	- 1,2%
Número de internações em menores de 5 anos	2.072	2.344	13,1%
Relação intern. menores 5 anos e total internações	16,5%	18,9%	14,6%

Fonte: SIH-SUS

Pela inerente complexidade (FELISBERTO,2004; BRASIL, 2005a), os indicadores de resultado merecem análise criteriosa, e neste caso específico é importante considerá-los como parte de um sistema onde itens de estrutura e processo obrigatoriamente devem ser levados em conta:

- houve expansão do acesso geográfico através do aumento de ESF e expansão de unidades de saúde;
- houve significativa ampliação na estrutura de recursos humanos, médicos e enfermeiros para a atenção básica;

- houve expansão de recursos aplicados na assistência farmacêutica, porém este aumento foi insuficiente para garantir oferta de medicamentos básicos nas unidades de saúde.
- houve intensa redução na produção de consultas de pediatria (63,4%) apesar expansão na estrutura de médicos pediatras, distribuídos como apoio às ESF;

Analisando os elementos anteriormente listados, dois fatores associados podem explicar o aumento de internações em menores de 5 anos, no SUS, tanto por DD quanto por IRA. A associação da ampliação de acesso com baixa resolutividade pode resultar em agravamento de casos passíveis de tratamento ambulatorial com aumento de pressão pela subsequente internação.

Explicações plausíveis para menor resolutividade da rede podem ter sido a incoordenação entre ESF e sistema de referência em pediatria e a deficiência na assistência farmacêutica.

Outro aspecto a ser considerado, uma vez que, o resultado do sistema é influenciado por característica de mercado, funcionando na base lei da oferta e da procura (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005), é a evolução da oferta de leitos hospitalares em pediatria.

4.3.4 Coeficiente de Mortalidade infantil

O CMI apresentou em 2004 uma redução de 9,5 óbitos infantis a cada mil nascidos vivos em relação ao ano de 2002. Esta redução é inédita e representa confirmação de tendência já identificada em 2003 quando o coeficiente de mortalidade infantil no município foi de 20,5 óbitos infantis a cada mil nascidos vivos segundo dados preliminares da Secretaria de Estado da Saúde.

A Tabela 16 apresenta os coeficientes de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal, e mortalidade infantil, por 1.000 nascidos vivos, ocorridas no município, nos anos de 2002 e 2004.

Tabela 16: Coeficientes de mortalidade neonatal precoce, tardia, pós-neonatal e mortalidade infantil, por 1.000 nascidos vivos e variação percentual, em 2002 e 2004

Coeficientes de Mortalidade	2002	2004	Variação %
Neonatal precoce	14,4	9,5	34,0
Neonatal tardia	4,5	2,6	42,2
Pós-neonatal	9,9	7,2	27,3
Infantil	28,8	19,3	33,0

Fonte: SIM, SINASC dados preliminares SESA e Departamento de Vigilância em Saúde - SMS

A redução de 33% no coeficiente de mortalidade infantil foi reproduzida de maneira bastante uniforme em todos os períodos. Chama a atenção que, apesar da piora do indicador de mais que 6 consultas de pré-natal na comparação entre os momentos, não houve associação direta com piora da mortalidade infantil, em especial nos período neonatal (MACHADO; HILL, 2003). Este encadeamento de raciocínio fortalece a tese de incoordenação entre o PSF e obstetras de referência com piora do indicador sem perda de qualidade da atenção pré-natal. Há necessidade de estudo posterior no sentido de entender a relação dos referidos indicadores no contexto estudado.

Como a mortalidade infantil se manteve em níveis ineditamente baixos para o município por dois anos sucessivos (2003 e 2004), ao longo da implementação de um processo de expansão da estratégia do PSF, a associação com a intervenção foi utilizada para fortalecer a estratégia frente a diferentes públicos: opinião pública, dirigentes políticos e profissionais de saúde. Apesar da inevitável e desejada associação, é importante considerar alguns acontecimentos ao longo do período que podem ter interferido para a referida redução:

- o governo municipal estabeleceu programa “Nosso Lixo” e “Bairros em Ação” direcionado para catadores de lixo, denominados de operadores ecológicos, onde se documentou aporte de uma significativa quantidade de renda direcionada a famílias na linha da miséria (SEBRAE, 2001);
- o município passou por uma expansão da oferta de vagas em universidades pública e privadas de modo a atrair um grande contingente de universitários com expansão da economia local, gerando emprego e renda;
- um estabelecimento hospitalar de baixa complexidade com oferta de leitos obstétricos, e pediátricos, encerrou atividades nos dois anos de observação. Por outro lado, um estabelecimento hospitalar na zona rural, reiniciou atividade no período, ofertando leitos obstétricos e pediátricos;
- o governo estadual estabeleceu programa de fornecimento de leite *in natura*, denominado “Leite das Crianças”, direcionado a crianças maiores de 6 meses de idade e gestantes;
- o governo estadual forneceu equipamentos e recurso financeiro para custeio mensal para instituições hospitalar filantrópica com Unidade de Terapia Intensiva neonatal e pediátrica;
- o MS re-classificou leitos neonatais de Unidade de Terapia Intensiva de hospital privado do município com acréscimo, portanto, de recursos de custeio;
- o Governo Federal expandiu a política de redistribuição de renda com base no fornecimento de benefícios como “Bolsa-Família” e outros;
- a região eminentemente agrícola se beneficiou com período de preços agrícolas favoráveis e expansão do emprego rural.

As considerações anteriores são necessárias tendo em vista que a mortalidade infantil é um indicador multidimensional que reflete uma série de fatores

presentes nos contextos analisados (MACHADO, 2004a, 2004b), inclusive outras intervenções não documentadas no presente estudo. Recentemente foram divulgados, pelo MS, resultados de um estudo com grande base populacional, onde se identificou o impacto do PSF sobre os índices de mortalidade infantil (BRASIL, 2005d):

Nas regiões atendidas pelo Programa Saúde da Família PSF até o final de 2002, a mortalidade infantil chegava a 31,3 óbitos por mil bebês nascidos vivos. No final de 2004, esse dado já havia caído para 26,7 óbitos. A pesquisa “Uma Avaliação do Impacto do PSF, na mortalidade infantil” apresentou nesta terça-feira novos resultados e mostrou uma redução da mortalidade infantil nas áreas cobertas pelas equipes do programa de 14,69% em 2005.

Este estudo, ainda a ser publicado, sugere que, ao menos em parte, a redução da mortalidade infantil no município guardou relação com a expansão do acesso à atenção básica através do PSF, bem como respectivos desdobramentos na rede especializada e de atenção às urgências.

5. DESCRIÇÃO HISTÓRICA E ANÁLISE DO PROCESSO DE EXPANSÃO

O presente relato histórico foi construído, conforme descrito na metodologia, através de pesquisa documental onde foram realizadas leituras repetidas e exaustivas de um conjunto de documentos, relacionados no capítulo da metodologia, abrangendo o período de junho de 2001 a dezembro de 2004. Para a leitura e resgate histórico foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1995), com a busca de temas de estrutura, processo e resultado relacionados com o processo de expansão do PSF no município estudado.

No município estudado, em junho de 2001, havia um interessante debate relativo à proposta da NOAS sobre a necessidade de se estabelecer fluxos assistenciais e a necessidade da existência da Gestão Plena do Sistema Municipal

em municípios identificados como pólos regionais, conforme sintetizado por Viana (2002, p.14):

Por essa razão, a atual regulação presente na NOAS tende a destacar o papel da instância estadual no processo de regionalização da assistência à saúde - tanto nos aspectos relativos ao planejamento, programação e controle, como nos investimentos que se façam necessários -, ressaltando a importância de um processo de descentralização da gestão do sistema de saúde para os municípios habilitados em gestão plena, respaldado por uma definição clara de responsabilidades e atrelado à real capacidade de oferta destes municípios.

Esta possibilidade de mudança no processo de trabalho da Secretaria Municipal originou a demanda pela realização de um Fórum de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em 20/06/2001. O evento foi realizado pela Universidade Pública com *campus* no município e houve participação de Representante da Secretaria Estadual de Saúde e Secretários Municipais dos municípios da região. O relatório final do evento propunha uma série de medidas envolvendo governos estadual e municipais em ações articuladas. Dentre estas, no nível local, era preconizada: “a *generalização do PACS e PSF*” (UNICENTRO, 2001), entendida como medida de competência exclusiva das secretarias municipais de saúde.

A proposta de estruturação da atenção básica para municípios da 5ª Regional de Saúde (RS) se justificava em função da mesma apresentar as piores taxas de mortalidade infantil do Estado nos anos de 2001 e 2002 (BRASIL, 2004i).

Este resultado negativo refletia, além da realidade regional de organização dos serviços de saúde, a grande concentração de municípios caracterizados pela pobreza e população de baixa escolaridade. Conseqüentemente a região apresentava muitos municípios com baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) (POCHMANN, AMORIM, 2003; ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2004). A relação de IDHs municipais de uma parcela de municípios da regional de

saúde e respectivos indicadores de foi sumariado em documento da Unicentro, 2003, p 46:

Embora o contingente populacional da referida região não seja expressivo, a adição de municípios semelhantes nas regiões limítrofes e a péssima performance dos indicadores de saúde da região como um todo, causas e conseqüências diretas dos baixos IDHs, evidenciam a vulnerabilidade da população paranaense em uma ampla área no Centro do Estado.

Apesar das conclusões dos participantes do fórum, não houve resultado imediato em termos de uma proposta de generalização do PSF que alterasse tanto estrutura quanto processo da atenção básica do município estudado. Ao contrário, foi mantida a cobertura do programa de pouco mais que 6% com as 3 ESF existentes ainda por mais 4 meses (GUARAPUAVA, 2004a).

Em agosto de 2001, deu-se a V Conferência Municipal de Saúde, cujo tema central acompanhou a proposta das conferências Estadual e Nacional de “Saúde e Cidadania: O papel do Controle Social na efetivação do SUS”. O evento se estendeu por dois dias e em uma das palestras o tema foi especificamente o PSF como possibilidade de mudança do modelo assistencial. Os grupos de trabalho foram divididos por temas que abrangeram vários assuntos atinentes ao SUS. A análise dos assuntos propostos re-encaminha para os temas abordados anteriormente por ocasião do fórum, envolvendo discussões fortemente ligadas a processo de gestão, dos pontos de vista do gestor (GPSM) e população assistida (controle social), a estrutura e processo da atenção básica (PSF) e aos resultados do sistema como um todo (taxas de mortalidade materna e infantil).

No relatório da V Conferência Municipal de Saúde (GUARAPUAVA, 2001a) no grupo que discutiu o PSF como estratégia de mudança houve 12 propostas, todas relativas ao PSF. Destas 75% propunham alterações ou implementações de processo, como por exemplo: *“Cobertura de 50% da população do município com*

atendimento de Equipes de PSF”. Não houve propostas envolvendo resultados e uma das propostas de alteração de estrutura do PSF era *“Incluir nas equipes de PSF outros profissionais de nível superior, em especial Assistente Social, Farmacêutico, Nutricionistas e Psicólogo”*

Nos demais grupos o PSF foi assunto recorrente e a maior parcela das propostas envolviam mudanças na estrutura e processo de modo combinado:

“Organizar a Atenção Básica no município através dos Programas Saúde da Família, Agentes Comunitários e Saúde Bucal com conscientização da comunidade dos Profissionais da Saúde.”

“Ampliação do Programa de Saúde da Família tendo com critérios de implantação prioritária a utilização de indicadores por região”

“Ampliar e otimizar o trabalho dos ACS”

“Melhor aproveitamento da estrutura física já existente, sendo que os CIAs poderiam ser transformados em unidades básicas de referência para as equipes de Saúde da Família”

“Expandir o PSF na área urbana e rural para ampliação dos recursos financeiros recebidos pelo município, para melhoria da qualidade do serviço oferecido, com a inclusão de uma equipe multidisciplinar (Assistente Social, Nutricionista, Fisioterapeuta e Psicólogo)”

Em setembro de 2001, por ocasião da proposta de um projeto de pesquisa, o autor elaborou, junto à universidade, um diagnóstico epidemiológico e de organização dos serviços do município. Neste documento foi enfatizada a incoerência entre estrutura e resultado (KLUTHCOVSKY, 2001a, p.2):

Na rede própria conta com 11 postos de saúde rurais, 9 centros integrados de atendimento e 1 pronto atendimento 24 horas. No município há 06 estabelecimentos hospitalares, entre entidades privadas e filantrópicas, conveniados ao SUS. Apesar da rede instalada, o município apresenta indicadores da atenção básica desfavoráveis, especialmente em relação a mortalidade infantil, que apesar de tendência decrescente em relação aos anos anteriores, foi, em 2000, de pouco menos que 27 óbitos em menores de um ano a cada 1000 nascidos vivos. Como agravante, apresenta 31,65% destes óbitos no período pós-neonatal. Ainda em relação à mortalidade infantil, 17% dos casos, forma sem assistência médica. Por outro lado, dentre aqueles com diagnóstico, é importante salientar a participação de causas que, ao menos em tese, são evitáveis com adequada atenção básica, tais como: broncoaspiração (6%), broncopneumonia (6%), gastroenterite (5%), infecção neonatal (3%), septicemia (3%), desnutrição (1,05%) e tétano (1,05%). A morbidade hospitalar em menores de um ano, corroborando as evidências em relação a uma deficiência na atenção básica do município, apresenta como principais causas de internamentos as infecções de trato digestivos e respiratórios em lactentes. Tal achado demonstra a veracidade dos baixos índices de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses encontrados no município.

A existência de uma estrutura de instalações físicas não indica necessariamente o alcance dos resultados, como é documentado na literatura (PEREIRA, 1995). O autor na época apontava, em outro documento, recursos humanos e financeiros como nós críticos estruturais a serem superados para melhoria dos indicadores (KLUTHCOVSKY, 2001b, p.2):

Contando com apenas 3 equipes de saúde da família e 47 agentes comunitários, o serviço municipal de saúde tem enfrentado importantes dificuldades operacionais para melhorar os referidos indicadores. É interessante notar que para que se obtivesse uma cobertura populacional pelo programa saúde da família correspondente a 70%, seria necessário organizar outras 30 equipes de saúde da família. A referida faixa de cobertura corresponde ao valor máximo de repasse, a título de incentivo, pelo Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde por equipe em atividade. Tal valor, compondo o Piso da Atenção Básica (PAB) Variável, nesta faixa de cobertura, correspondendo a R\$ 54.000,00 anuais. Este valor por equipe seria um importante auxílio no respectivo custeio e representaria um influxo de dinheiro na economia local. Adicionalmente, as equipes de saúde da família integram 4 a 8 Agentes Comunitários de Saúde, cujo custeio apresenta incentivo específico, também compondo o PAB Variável, de pouco menos que R\$ 2200,00/ano/agente em atividade. Novamente representando importante auxílio no custeio da atenção básica com influxo de recursos federais e oportunidade de emprego no município.

Para elaboração da Agenda Municipal de Saúde de 2001 (GUARAPUAVA, 2001c) foi designada uma equipe que submeteu o documento à apreciação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) em dezembro de 2001. Nesta ocasião, foram identificadas algumas características do sistema público de saúde diretamente ligadas ao processo da SMS (GUARAPUAVA, 2001b, p.20):

A equipe envolvida na elaboração da Agenda de Saúde do ano de 2001 para a Secretaria de Saúde de Guarapuava identificou alguns padrões de comportamento nos diferentes setores envolvidos com as ações da referida Secretaria, quais sejam:

- Tendência a dar conta das atividades habitualmente requisitadas pelo nível central às custas de trabalho sistemático e programado de forma isolada no setor analisado.
- Em geral, o planejamento local das ações, visa o cumprimento da tarefa proposta, não há avaliação de resultados do ponto de vista de impacto em indicadores de saúde. Em outras palavras, a medida da efetividade corresponde ao trabalho realizado, reduzindo a avaliação dos resultados ao cumprimento da tarefa.
- Em geral as ações são planejadas, quando o são, apenas localmente. Não há envolvimento de outros setores. Determinando freqüentemente

duplicidade de ações. Em outras situações não há definição clara de papéis e funções, com ações incompletas e, em algumas situações, não realizadas.

O diagnóstico do PSF também envolvia necessidade de mudança de processo com foco na integração com outros programas e serviços da SMS (GUARAPUAVA, 2001b):

O Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde que apresentam características integrativas dos demais programas desenvolvidos pela Secretaria, se tornaram ilhas dentro de toda a estrutura funcional realimentando o ciclo de ações isoladas.

A recomendação para o alcance de resultados mais favoráveis envolvia planejamento integrado e avaliação das ações desenvolvidas, em especial na atenção básica (GUARAPUAVA, 2001b, p.20):

Há necessidade premente de um planejamento integrado com ações determinadas e avaliações de processo e resultados englobando todos os setores para que se melhorem os indicadores pactuados na referida agenda e para que se avance no processo de produção de saúde.

O Plano Municipal de Saúde, elaborado em dezembro de 2001, orientou-se pelos eixos de intervenção propostos na Agenda Municipal (GUARAPUAVA, 2001c, p.25):

Conforme anteriormente referido o presente plano municipal, no sentido de se ajustar às Agendas Nacional, Estadual e Municipal, distribui os programas e atividades da Secretaria de Saúde em curso e a serem implantados dentro de eixos de intervenção e respectivos subeixos. Desta maneira a distribuição de todo o planejamento obedecerá à lógica proposta pelo Ministério da Saúde através da referida agenda, respeitadas as peculiaridades locais [...]

Seguindo este raciocínio, os Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal foram colocados no eixo “4.4 Reorientação do Modelo Assistencial e de Descentralização” em separado dos demais programas da SMS. O que chama a atenção é que o PSF é mencionado apenas no SISVAN e no Programa de Educação Continuada e Permanente entre os vários programas da SMS. O PACS é citado mais freqüentemente, porém em uma visão de colocar o

ACS a disposição do programa mais do que a integração das ações propriamente dita. O plano apresentava a meta de expansão do PSF de forma genérica, assumindo uma cobertura de 20% da população com 9 equipes implantadas. É interessante notar que apenas 7 equipes estavam cadastradas no SIAB (GUARAPUAVA, 2004a).

Enquanto que o plano municipal de saúde parecia estar alheio às propostas da conferência municipal de saúde, o Relatório de Gestão elaborado em janeiro de 2002 trazia um verdadeiro libelo em relação aos resultados do PSF, ainda que direcionado para atuação do ACS (GUARAPUAVA, 2002b, p.13):

Programa Saúde da Família, Atividades desenvolvidas em 2001:

- Aumento no quadro de Agentes Comunitário de Saúde, passando de 45 para 85 profissionais para se obter melhores indicadores de visitas domiciliares, visto que, de acordo com levantamento realizado, concluiu-se que 62% dos óbitos infantis ocorreram em áreas não cobertas pelos ACS;
- Prioridade de acompanhamento aos grupos de gestantes e crianças com até um ano de vida.
- Protocolo de visitas dos ACS: 3 (três) visitas na primeira semana de vida do bebê, 2 (duas) visitas na segunda semana, 1 (uma) visita na terceira semana e 1 (uma) visita na quarta semana, com um total de 7 (sete) visitas no mês.

Em maio de 2002 ocorre um movimento que sugere a mudança da visão da administração em relação ao processo de implantação do PSF e à possibilidade de generalização do programa: a realização de concurso público para contratação de médicos. Embora não houvesse o cargo específico, no edital do certame havia a previsão de remuneração diferenciada para o PSF a título de incentivo (GUARAPUAVA, 2004a). Houve pequena quantidade de candidatos, apesar da qualidade do vínculo e dos salários compatíveis com o mercado. Por esta razão, após o concurso público, apenas uma nova equipe foi acrescentada ao programa. (GUARAPUAVA, 2004a).

Destes, a maior parcela já trabalhava na rede com vínculos precários. Nesta fase é importante ressaltar que, para a equipe mínima, a disponibilidade de médicos

foi o fator estrutural limitante. A relativa escassez desta categoria profissional, especificamente para a região, foi documentada no projeto de curso de medicina da Unicentro (2003, p 48):

A organização dos serviços de saúde no âmbito da Regional de Saúde apresenta as seguintes dificuldades:

- Estabelecimentos hospitalares de pequeno porte em muitos municípios, com baixa resolutividade e, conseqüentemente, pobre remuneração por AIH. Estes estabelecimentos, em geral se mantêm com dificuldade, às custas da internação de casos potencialmente solúveis com adequada atenção ambulatorial. A capacidade de atração de recursos humanos é pobre em decorrência da infra-estrutura deficiente e estreita possibilidade de ganho. Aqueles casos graves acabam sendo drenados para os municípios pólos de referência apenas tardiamente com agravamento do perfil de morbimortalidade e ônus para o sistema.

- A existência de 2 consórcios de especialidades na 5ª Regional de Saúde se constitui em descentralização que contribui para manter a iniquidade do sistema. Esta peculiaridade decorre de que, pela própria natureza hierarquizada da rede, os centros de especialidades necessitam drenagem adequada de pacientes de forma a estabelecer possibilidades de ganho para os profissionais e investimento em estrutura de apoio para diagnóstico e terapêutica. Com a divisão do fluxo de pacientes há uma diminuição no potencial da região de atrair profissionais especialistas e investir neste nível de atenção.

- Rede básica ainda parcialmente estruturada na estratégia do Programa Saúde da Família. Há um número significativo de municípios com adesão parcial ou inexistente ao referido programa. Por outro lado, onde o programa já está implantado é nítido o resultado relativo à ampliação do acesso a rede básica, porém as ações desenvolvidas carecem de avaliação adequada uma vez que resultados preliminares de alguns indicadores de processo de trabalho das ESF são bastante insatisfatórios.

- Deve-se levar em consideração que municípios pequenos são caracterizados por baixa arrecadação local e extrema dependência de repasses federais e estaduais. Neste contexto, as oscilações de receita, comuns a municípios de diferentes portes, torna-se fator limitante para fazer frente a uma significativa despesa contínua, como é o caso do pagamento de pessoal. Os profissionais de saúde se mostravam resistentes às propostas, por melhores que fossem, de municípios como o estudado. A resistência era derivada de vários fatores, se destacando:

- A carência de estruturas básicas (moradia, lazer, educação e saneamento) e assistenciais (instalações inadequadas, equipamentos insuficientes, recursos humanos inadequados e insuficientes).

- Via de regra não há clareza a respeito do elenco de expectativas em relação a atuação de um dado profissional. Embora em alguns casos isto seja feito dolosamente, para omitir eventuais desdobramentos, na maior parte das vezes o próprio responsável pela gestão em saúde tem dificuldade de estabelecer objetivos claros em relação ao modelo de atenção a ser adotado. Isto porque, geralmente escolhido por critérios políticos em detrimento de critérios técnicos, este gestor padece da dificuldade de se agregar assessorias técnicas, prática administrações de maior porte.

- Ceticismo em relação à sustentabilidade das propostas.

Desta forma a fixação de um profissional em um município pequeno representa o enfrentamento de uma série de riscos profissionais/pessoais que, não raro, inibem inclusive a primeira aproximação.

Neste contexto é perfeitamente aplicável a regra, vigente em mercado de capitais e de senso comum, que, quanto maior o risco, maior deva ser a remuneração. Determinando que as expectativas salariais entre profissionais

de nível superior fossem muito superiores ao mercado. Fazer frente a esta expectativa, longe de atrair profissionais, re-alimenta a incerteza na capacidade de sustentação da mesma, em uma espécie de círculo vicioso.

Na administração municipal era corrente a imagem do PACS/PSF como programas complementares, com características tão peculiares que os tornavam praticamente imiscível com a estrutura da saúde municipal. Prova disto é que os valores de incentivo repassados pelo MS eram utilizados para pagamento apenas de alguns tipos de despesa dos próprios programas. No entanto a maior pressão de despesa, que era o custeio da estrutura de recursos humanos, até esta data não era co-financiada pelos referidos repasses. Na fala assessor do secretário municipal: “que poderia ser usada a verba do PSF para pagamento dos médicos com a autorização do CMS” (GUARAPUAVA, 2001d, p.1). Esta característica hermética do PSF na SMS só foi mudada em maio de 2002 com a mudança da coordenação do PACS/PSF (GUARAPUAVA, 2004b).

Neste momento houve um forte indicativo de mudança na forma de entendimento do gestor de saúde e da administração municipal, mais do que por características ou qualidades pessoais, a mensagem processual embutida na modificação parecia ser início de um projeto integrador do PSF e demais ações da SMS em uma linha defendida por Santos (2004, p.151):

É necessário que a cultura instituída e as estruturas permitam a articulação entre as diversas áreas departamentais, grupos de projectos, pessoas, etc. É necessário que se crie uma inteligência partilhada, uma rede conjunta de relações, de fluxos de informações de trocas de ideias e conceitos que promovam o desenvolvimento do colectivo. Neste contexto, a tradicional estrutura organizacional tende a ser suplantada por uma rede relacional, circuitos transversais, impulsos... Mais importante que ter uma estrutura e uma cadeia de comando claramente definida é ter uma inteligência partilhada, ancorada em fortes redes relacionais.

E um pouco mais adiante (SANTOS, 2004, p. 151):

Neste sentido, torna-se crucial o estabelecimento de interações múltiplas. O diálogo com os vários *stakeholders*, a realização de parcerias com outras unidades para desenvolvimento de projectos conjuntos ou o estabelecimento de ligações estreitas com outros parceiros de negócio, pode desencadear novas oportunidades de negócio, melhoria de serviços ou outras acções inovadoras. O importante é a capacidade de construir vantagens competitivas a partir de permutas de informação e de conhecimento com o exterior.

Na fala da nova coordenadora, registrada no livro de Atas de Registro das Reuniões do PACS foram pontuadas as seguintes características no processo de trabalho a serem adotadas (GUARAPUAVA, 2001d, p. 15):

[] ...falou que ira visitar todos os postos, disse que dará continuidade no trabalho [...] não haverá mudanças drásticas, acha fundamental o serviço dos agentes de saúde, se colocou a disposição para ajudar. Pediu para escrever as dificuldades do trabalho para ser discutido nas próximas reuniões, indicando sugestões.

Na mesma semana, em reunião com os médicos integrantes do PSF, a nova coordenadora do programa enfatiza a necessidade de fortalecimento de vários processos de trabalho das ESF, com a indicação da busca por resolutividade. (GUARAPUAVA, 2001e, p.13)

Em paralelo com a referida mudança, a equipe de planejamento deu entrada, em 2002, ao processo de pactuação da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada junto a RS (PARANÁ, 2002) para carrear mais recursos financeiros e melhorar a capacidade de investimento da Secretaria de Saúde. No entanto, em função da baixa cobertura de consultas nas clínicas básica, só foi possível obter a pactuação no ano seguinte (BRASIL, 2003b). Isto indicava a necessidade urgente de ampliação do acesso a consultas médicas nas clínicas básicas nas unidades de saúde descentralizadas.

No início de novembro de 2002, por iniciativa do Prefeito Municipal foi constituído um grupo cuja incumbência era a realização de um estudo de viabilidade financeira de expansão do PSF. O estudo, embora focado na questão estrutural do financiamento, deveria antever uma gama de mudanças no processo de

organização da atenção básica por causa dos indicadores, esta característica sistêmica é resumida no documento da apresentação do referido estudo (GUARAPUAVA, 2002a, p.1):

[...] tendo em vista as dificuldades de organização da rede e indicadores desfavoráveis o prefeito municipal determinou a realização de estudo de viabilidade de expansão do saúde da família. Para tanto foi constituída uma equipe com elementos provenientes da equipe de coordenação do PACS/PSF e da equipe de planejamento [...].

A equipe foi designada pelo secretário municipal de saúde, tendo como membros a enfermeira, coordenadora do programa, uma cirurgiã dentista, responsável pelo planejamento, uma estagiária, acadêmica de serviço social, encarregada do processo de cadastramento do Cartão SUS, uma servidora administrativa, integrante da equipe de planejamento, o autor, médico sanitaria e um motorista.

Foram gastos aproximadamente 2 meses na elaboração do estudo que compreendeu uma fase inicial de diagnóstico abrangendo estrutura, processo e resultado dos serviços da SMS.

Neste estudo foi realizado um inventário das instalações físicas existentes na atenção básica de modo a aproveitar o máximo possível a rede pré-existente para dar suporte ao planejamento do processo de expansão. No documento as unidades básica forma resumidas da seguinte maneira (GUARAPUAVA, 2002a, p.5):

- Na atenção básica são quatro categorias de instalações físicas:
- Unidade de Saúde da Família: projeto para abrigar apenas uma equipe de saúde da família, havia duas unidades construídas especificamente para esta finalidade. Outras unidades semelhantes estavam em construção.
 - Unidade de Saúde da Família em imóvel cedido ou locado adaptado para o atendimento à população.
 - Postos de Saúde Rurais: criados originalmente para abrigar o atendimento médico volante. Em algumas regiões passaram a abrigar equipes de Saúde da Família da zona rural.
 - Centros Integrados de Atendimento: são instalações físicas mais amplas onde, além da estrutura da saúde, há uma creche contígua. Em alguns destes locais já havia equipes de saúde da família atuando.

No cômputo geral são 11 postos de saúde rurais, 10 centros integrados de atendimento e 4 unidades de PSF. A estrutura física estava distribuída de forma estratégica no sentido de cobertura de praticamente todo o quadro urbano e importante parcela da zona rural, no entanto as unidades de saúde, via de regra, estavam situadas em áreas diferenciadas, em distâncias significativas da população de menor poder aquisitivo.

Na área de atenção à saúde da mulher, estava sendo inaugurada a estrutura da Clínica de saúde da mulher que serviria de referência para atendimento em ginecologia, especialmente prevenção de câncer ginecológico, cirurgia de alta frequência, planejamento familiar e procedimentos ambulatoriais. Esta unidade também é sede do atendimento a consultas de pré-natal, tanto por procura direta quanto através da referência da rede básica.

Em relação à atenção especializada e unidade de urgência a descrição foi a seguinte (GUARAPUAVA, 2002a, p.6):

Outros ambulatórios especializados serviam para referência de pacientes da rede básica:

- Ambulatório médico de doenças crônicas: atendimento aos pacientes com hipertensão arterial crônica, diabetes sacarino, cardiopatias, pneumopatias.
- Ambulatório médico de pneumologia e dermatologia sanitária: atendimento aos pacientes com hanseníase e tuberculose.
- Centro regional de atendimento a DST e HIV/AIDS.
- Prosam: programa de atendimento ambulatorial aos pacientes de forma semelhante proposição dos CAPS.
- Consórcio intermunicipal de especialidades: atendimento a algumas especialidades através do rateio de despesas entre 13 municípios da região.
- Uma unidade de Pronto Atendimento 24 horas com estrutura de laboratório e radiologia em anexo.

Na seqüência, aparecem interessantes críticas ao processo de trabalho nas unidades básicas de saúde ligadas a questão do acesso e hierarquização da rede (GUARAPUAVA, 2002a, p.7):

Em que pese a estrutura física e respectiva distribuição, a maior parte das unidades, com exceção das Equipes de Saúde da Família, estão situadas em áreas diferenciadas, relativamente afastados das zonas de maior risco nos respectivos bairros. Além desta dificuldade de acesso, eram patentes algumas iniquidades do sistema relativas a não hierarquização da rede, de modo a fragilizar os mecanismos de referência e contra-referência com perda de resolutividade das ações de saúde.

A estrutura de recursos humanos foi avaliada de modo parcial, tomando como ponto de análise a quantidade de médicos da rede. Com o cálculo de

horas assistenciais o parâmetro estrutura passou a ser encarado com cobertura e processo da rede municipal (GUARAPUAVA, 2002a, p.9):

Por outro lado, o quadro de recursos humanos, especialmente de médicos, fragilizou significativamente o sistema em decorrência de algumas peculiaridades locais. Aproximadamente 80% dos 66 médicos da rede obtiveram redução em 50% da respectiva carga horária de dedicação com vistas à adequação ao salário pago. Agravando esta redução, aproximadamente 15% dos médicos tinham dedicação a atividades meio (controle e avaliação) ou específicas (ambulatórios especializados), fragmentando ainda mais a respectiva carga horária para atenção à população em geral. Esta característica do sistema reduziu a quantidade de horas médico em atividades assistenciais. Nas clínicas básicas (médica, pediatria, cirurgia geral e gineco-obstetrícia) eram ofertadas 91 horas-médico/dia, representando uma cobertura de 0,87 consulta eletivas/habitante/ano nas referidas clínicas.

O diagnóstico revelava uma política de recursos humanos que restringiu sensivelmente o acesso aos serviços de saúde e seria um elemento complicador para a proposta de expansão. No mesmo documento havia a ressalva que apenas os “os médicos da equipes de saúde da família tinham dedicação de oito horas com remuneração diferenciada”. (GUARAPUAVA, 2002a, p.9).

Outro aspecto salientado pelo diagnóstico era a grande concentração de especialistas na atenção básica, com conseqüências na resolutividade do sistema (STARFIELD, 2002a) e a situação paradoxal de demanda reprimida para o atendimento especializado (GUARAPUAVA, 2002a, p.9):

Dentre os médicos do quadro de servidores, 27% eram especialistas contratados em concurso público para médico generalista. Oito destes profissionais, (12% do total) prestavam atendimento geral nas unidades de saúde. Está documentado na literatura que a especialidade ao prestar atendimento no nível primário pode determinar perda de resolutividade, aumento de exames complementares e direcionamento de procedimentos para a respectiva especialidade. À parte das potenciais perdas de eficiência e efetividade do sistema, os atendimentos especializados demandados pelos mecanismos de referência municipal, eram prestados, em significativa parcela das vezes, pelos mesmos profissionais através do consórcio de especialidades, determinando um ônus mensal significativo. Tratava-se de uma situação *sui generis* em que o município atende o ambulatório geral com especialistas e compra os atendimentos especializados, em grande parte dos mesmos profissionais, em uma estrutura à parte da secretaria.

Salientando, um pouco mais adiante, a inter-relação dos níveis de atenção básica e especializada bastante fragilizados no contexto analisado :

[...]Por outro lado, a atenção especializada era sobrecarregada pela baixa resolutividade da rede básica. Embora houvesse o esforço da constituição do ambulatório de doenças crônicas com recursos humanos próprios, a maioria dos pacientes era encaminhada para o Consórcio Intermunicipal de Especialidades. A fila de espera por consultas nas especialidades ofertadas era considerável. Por outro lado algumas especialidades não eram oferecidas pelo consórcio e só havia a possibilidade de tratamento fora do domicílio com tempo de espera ainda maior.

O documento encadeava uma linha de raciocínio onde as características de localização das unidades de saúde, a estrutura de recursos humanos, em especial médicos, e respectivo processo de trabalho acabavam por resultar em uma demanda excessiva de serviços na unidade 24 horas do município com graves conseqüências para a saúde da população (GUARAPUAVA, 2002a, p.10):

A combinação da menor dedicação dos médicos com a dificuldade de acesso da população mais pobre às unidades de saúde agrava a demanda reprimida por atendimento com a agravante da baixa resolutividade do modelo assistencial como um todo. A oferta de consultas em número insuficiente nas unidades descentralizadas determinou que apenas a população residente nas vizinhanças tivesse acesso às mesmas. À população das áreas com menor estrutura e de maior risco restava a possibilidade de buscar os serviços do pronto atendimento municipal. A unidade de urgências do município, funciona em regime de 24 horas, é denominado postão. Em decorrência do modo como o sistema estava organizado, a unidade de urgências, ao invés de ser caracterizada pelo atendimento pré-hospitalar fixo de urgências, acabava servindo de válvula de escape para as consultas não atendidas nas unidades básicas próximas aos locais de residência dos pacientes. Por este motivo, na referida unidade há um misto de consultas eletivas, doenças simples e/ou evitáveis que complicaram pela falta de atendimento e verdadeiras emergências.

O serviço é obviamente sobrecarregado, com diminuição da resolutividade e, em decorrência do sistema de plantão, é improvável a formação de vínculo entre o paciente e o profissional de saúde podendo determinar a desumanização do atendimento e conseqüente insatisfação do usuário.

A unidade de urgência, denominada Postão, era encarada como problema de difícil solução, em função dos elevados custos de manutenção associados a freqüentes queixas de mau atendimento por parte dos usuários, chegando ao extremo de episódios policiais por queixas de usuários contra servidores, e assunto

freqüente de programas das rádios locais. Um texto, cujos signatários eram todos os representantes de categorias de profissionais de saúde de Guarapuava, encaminhado ao ministério público dá uma idéia do clima tenso na referida unidade (GUARAPUAVA, 2003b, p. 3):

O funcionário [...], responsável pelas ambulâncias durante plantão no Pronto Atendimento 24 horas, recebeu voz de prisão de policial militar em função de ter informado não haver, naquele momento, ambulância para a localidade do Guará, para retorno de pacientes já atendidos, inclusive não pertencentes ao município de Guarapuava. A voz de prisão foi recebida em função de que o citado não forneceu documentos ao policial militar. Este caso, no dia seguinte, foi tratado com sensacionalismo em programa policial de modo que o nome do funcionário foi veiculado como criminoso diante de toda a audiência da rádio. Posteriormente, em contato com o comandante da polícia militar, foram esclarecidos os excessos ocorridos, porém o nome do referido profissional já havia sido enlameado pelo programa de rádio.

O ambiente na urgência era palco de freqüentes situações de importante *stress* psicológico e tinha reflexos no serviço de transporte de pacientes como salientado acima. No diagnóstico, a estrutura de transporte realizava uma grande quantidade de traslados, sem que houvesse satisfação dos usuários ou clareza em relação à eficiência do serviço (GUARAPUAVA, 2002a, p.10):

O serviço de ambulâncias do município percorre mensalmente cerca de 16.000 quilômetros no quadro urbano municipal, totalizando uma média de pouco menos que 1800 atendimentos/mês. Destes, dois terços ocorriam no período compreendido entre às 07:00 e às 19:00 horas. Este serviço de transporte representa o ônus mensal de 2.000 litros de combustível e elevados custos de manutenção. O serviço de ambulâncias, a semelhança do pronto atendimento municipal, atende um misto de urgências/emergências com situações absolutamente desnecessárias ou, no mínimo, eletivas. São freqüentes os casos em que situações de real necessidade eram atendidas tardiamente em decorrência da limitação de veículos e óbvia dificuldade de triagem. Nestes casos, além do ônus potencial para o paciente, inclusive com risco de vida, são freqüentes as queixas dos usuários.

Apesar de um significativo número de médicos na estrutura de recursos humanos da SMS, os plantões da urgência municipal tinham um quadro relativamente estável e limitado de servidores. Isto acontecia em função da dificuldade de atrair mais médicos para a escala de plantão pela sobrecarga de

serviço, insatisfação dos usuários e inerente risco. Em relação ao processo, estava estabelecido um ciclo vicioso onde os profissionais tendiam ao esgotamento físico e mental aliados a uma relativa “estabilidade”, na qual o gestor tinha pouca governabilidade para negociar mudanças de qualquer natureza. Outro aspecto desfavorável havia sido a extinção do plantão noturno de enfermagem na urgência municipal em 2000.

Em relação às 11 ESF em funcionamento no município o documento reconhecia uma cobertura de consultas superior a 2 consultas/habitantes/ano. Porém tecia críticas à ausência do processo de territorialização previamente a implantação de algumas equipes como conseqüente má adscrição da clientela. (GUARAPUAVA, 2002a, p.12). Em dezembro, a cobertura de pouco menos que 24%, pela sistemática do MS, era ainda menor em relação ao SIAB (inferior a 18%). A discrepância entre os dados do SIAB e a média do MS dá mais força para o caráter focalizador e concentrador do PSF em áreas de maior risco nesta fase do processo de implantação (GUARAPUAVA, 2004a).

Este panorama negativo ligando estrutura e processo na rede pública nos diferentes níveis de atenção foi necessariamente associado a resultado desfavorável em indicadores de saúde e, como ressaltado anteriormente, na satisfação do usuário. No documento os indicadores utilizados foram os seguintes (GUARAPUAVA, 2002a, p. 14):

Indicador de mortalidade infantil mantido em níveis pouco inferiores a 28 óbitos em menores de 1 ano a cada 1000 nascidos vivos nos últimos 2 anos (2001 e 2002). Os referidos níveis eram incompatíveis com o desenvolvimento humano alcançado pela cidade.

Necessidade de melhoria da Atenção Prénatal para viabilizar a redução da mortalidade infantil, especialmente em relação à mortalidade no período neonatal (aproximadamente 70% dos óbitos infantis).

Significativa incidência de internações por causas preveníveis nas diferentes faixas etárias.

Grande número de pacientes hipertensos e diabéticos sem adequado acompanhamento com significativo número de internações decorrente das complicações das referidas doenças.

Extensas áreas silenciosas do município em termos de incidência de Hanseníase e Tuberculose. Isto em contraposição ao fato de as incidência e prevalência das referidas doenças, no cômputo geral, serem consideradas elevadas.

É importante ressaltar que o coeficiente de mortalidade infantil em 2002 foi de 28,2 óbitos por mil nascidos vivos, porem o documento foi redigido com dados preliminares, ligeiramente inferiores.

Após a fase de diagnóstico foi iniciado o processo de territorialização que ficou restrito ao quadro urbano do município. A zona rural abrigando aproximadamente um décimo da população do município foi considerada indiscriminadamente como de alto risco pelas características de isolamento e dificuldade de acesso.

Em um referencial preconizado pela OPAS (DI VILLAROSA, 1993), foram descritas as seguintes atividades (GUARAPUAVA, 2002a, p.15):

- Levantamento de mapa do quadro urbano.
- Distribuição das populações de bairros, vilas e localidades a partir de banco dados de cadastro municipal.
- Identificação de U.S. existentes e eventuais possibilidades de re-adequação para abrigar o PSF.
- Estudo de linhas de transporte coletivo e fluxo de pacientes a unidades de saúde (U.S.) ambulatoriais e hospitalares a partir de relatórios pré-existentes.
- Divisão apriorística do território urbano em áreas de atuação de ESFs e equipes similares segundo critérios de cobertura adotados pelo Ministério da Saúde (aproximadamente 3450 habitantes/ESF) levando em consideração as informações acima.
- Estabelecimento de critérios a serem avaliados e respectivos valores (scores) na visita às áreas anteriormente delimitadas.
- Valoração dos referidos scores em uma relação inversa com o respectivo risco.
- Visita *in loco* a cada uma das áreas de atuação propostas com realização de acervo fotográfico de situações de risco em cada área.
- Entrevista com informantes chaves.
- Redesenho de áreas de atuação em função das informações coletadas e ou dados verificados *in loco*.
- Preenchimento de planilhas específicas para cada área de atuação com soma dos scores de cada item analisado, resultando em avaliação do risco relativo das áreas propostas.

As entrevistas com informantes chaves confirmaram a suposição de falta de acesso às unidade de saúde descentralizadas, exceto nas áreas de PSF, e a utilização indiscriminada da unidade de urgência (GUARAPUAVA, 2002a).

Na proposta de intervenção o quadro urbano foi dividido em 6 regiões maiores denominadas "PÓLOS". Cada pólo representaria estrutura física, recursos humanos, equipamentos e veículos para 4 a 6 ESF adscritas. As unidades pólo abrigariam unidade(s) de saúde da família e serviriam de sede para atendimento pediátrico, ginecológico, odontológico. Outra característica dos chamados pólos seria a extensão do atendimento até às 19 horas através de profissionais que não aderissem à expansão. Neste documento foram propostas 30 novas equipes, totalizando 41 ESF ao término da implantação, com uma cobertura pelo programa pouco inferior a 90% (GUARAPUAVA, 2002a). Os mapas indicativos da divisão do quadro urbano em pólos e das áreas de abrangência da equipes propostas, bem como respectivas planilhas com discriminação de risco estão no anexo B do presente trabalho.

Durante o processo de realização do estudo, foram realizadas várias reuniões envolvendo diferentes instâncias da secretaria municipal de saúde onde a maior preocupação era a questão da sustentabilidade financeira do projeto.

A reunião para apresentação do projeto de expansão do PSF com prefeito municipal e todos os secretários da administração e algumas pessoas em cargo de confiança foi registrado em ata avulsa anexada ao livro de registro de reuniões do PSF (GUARAPUAVA, 2001e). Neste documento, pode-se verificar que o projeto sofreu poucos questionamentos a respeito da necessidade, potencial eficiência e oportunidade. Porém, quando da exposição das planilhas relativas a despesas correntes e de capital houve importante debate.

O trabalho do grupo foi meticuloso e envolveu uma série de projeções, porém alguns complicadores para quantificação de custos foram pontuados posteriormente (GUARAPUAVA, 2004c, p. 15):

[...] foram construídas planilhas para cada equipe proposta, com quantificação da necessidade de realização de despesas de capital (aquisição de veículos, equipamentos, mobiliário) e despesas correntes (aluguel, recursos humanos, materiais de consumo, limpeza e expediente, medicamentos, serviços auxiliares de diagnose e terapia, luz, água, telefone e etc). Foi um processo complexo em função da necessidade de adequar a estrutura física e de recursos humanos pré-existente à nova proposta. Por outro lado, não havia definição, na época, sobre o modo de contratação dos recursos humanos para as novas equipes, o que demandava a realização de variadas projeções.

Em relação às despesas correntes a maior preocupação foi relativa a contratação de recursos humanos. Neste particular, foram realizados estudos compreendendo custos de recursos humanos em diferentes formas de contratação, desde a contratação para cargo público e emprego público até utilização de ONGS e cooperativas. A contratação através de concurso público era a que menos onerava a proposta em função da menor taxa de contribuição do empregador para fundo de previdência e pela vantagem do Imposto de ser o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRPF), que originava receita própria do município. No caso do emprego público, é mantida a vantagem relativa o IRPF, porém a contribuição para o Regime Geral de previdência Social (RGPS) era três vezes maior. A contratação através das ONGS apresentava pareceres não conclusivos de Tribunais de Contas do Estado com a desvantagem do custo alto do RGPS e da perda da receita com o IRPF. As cooperativas de trabalho estavam em processo de questionamento pelo Ministério do Trabalho, com pareceres inconclusivos nos Tribunais de Contas dos Estados e apresentavam as desvantagens de altas de taxas administração, perda de receita do IRPF e alta rotatividade de mão de obra.

Ainda em relação às despesas correntes, custos como impressos, material de consumo e de enfermagem, medicamentos, telefone, água, luz e combustível foram considerados em planilhas específicas, porém não geraram tanto questionamento, pois se considerava a possibilidade de otimização do sistema economizando em áreas como a urgência municipal. Também foi prevista, no primeiro momento, a locação de 15 sedes para novas ESF, acrescentando, desta maneira, valores para as despesas correntes.

A aquisição de equipamentos e mobiliários para 18 PSFs e de 9 veículos exclusivos do PSF representava o quantitativo de despesas de capital do projeto. Este gasto seria parcialmente coberto pelo bônus (R\$ 10.000,00) repassado pelo MS por equipe implantada. Na apresentação e projeto estava prevista a possibilidade de pleitear recursos junto ao Banco Mundial no futuro PROESF. (WORLD BANK, 2002)

O total desta previsão de despesas foi contraposto à previsão de repasses do MS e possíveis redirecionamentos de gastos já realizados melhorando a eficiência do sistema. Naturalmente a planilha no momento da elaboração previa um significativo desembolso por parte do município e, por conseguinte, a necessidade de geração de receitas adicionais específicas para a área de saúde. Como se pode verificar na tabela já se gastava 14,5% das receitas vinculáveis com saúde em 2002, em que pesem a diferença entre despesa empenhada, finalizada e paga. Este volume de recursos, na época representava o terceiro orçamento em gastos da administração municipal, ficando atrás da secretaria de obras e da secretaria de educação. A destinação de um maior volume de recursos significou uma decisão de governo no que é bem documentado por Mendes como ordem governativa e se

constitui em uma arena de alta tensão em função da inerente característica de redistribuição de recursos.

Uma das razões para o desconforto em relação à proposta era a preocupação com o cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000c). O tema estrutura, especificamente recursos financeiros, ficou evidente na fala do servidor em cargo de confiança, registrado em ata da ocasião:

“há a necessidade de nos preocuparmos com a lei de responsabilidade fiscal, temos que nos concentrar em pagar as contas e não em expandir serviço” (GUARAPUAVA, 2001e, n.p.).

Adicionalmente havia a preocupação de alguns titulares das demais secretarias em relação ao potencial desfinanciamento das respectivas pastas.

A intensa resistência dos presentes à reunião com exceção de prefeito municipal e secretário municipal de saúde, levou o grupo a propor uma expansão gradual do PSF, em uma espécie de plano de contingenciamento, onerando em menor grau o orçamento do município e permitindo acomodações de trajeto. Diante da proposta alternativa o prefeito municipal redargüiu com a seguinte afirmação registrada em ata: “a mudança do modelo terá que acontecer de forma global, abrangendo a maior parcela da população possível, pois não há recursos para sustentar ambos os modelos convivendo simultaneamente” (GUARAPUAVA, 2001e, n.p.)

Merece destaque a visão da necessidade de conversão global para que se atinja o impacto desejado, no entanto o comentário põe em evidência a prioridade da manutenção do equilíbrio financeiro em detrimento dos demais objetivos a serem alcançados com a mudança proposta.

A apresentação não foi seguida de um posicionamento definitivo em relação à proposta e a impressão dominante era que o projeto não seria colocado em prática.

A opção pela expansão do PSF só aconteceu em uma nova reunião, onde o prefeito municipal optou por um projeto com as linhas gerais da proposição anterior, porém com redução de 41 para 33 ESF. Desta maneira deveriam ser criadas 22 novas ESF e readequadas as 11 existentes. Adicionalmente, as 8 áreas sem ESF, previstas no projeto original, seriam atendidas por equipes similares (GUARAPUAVA, 2003c). O financiamento para as mesmas seria buscado negociado com base na portaria específica (BRASIL, 1999).

A figura da equipe similar foi defendida no projeto encaminhado para a Bipartite da seguinte maneira (GUARAPUAVA, 2003c, p.7):

A opção pela implantação de equipes similares decorreu da necessidade de adequação de recursos humanos pré-existent no quadro de pessoal impossibilitados da dedicação integral.

As equipes similares serão constituídas em áreas de menor risco de modo que a respectiva população, uma vez adscrita à equipe similar, receba a atenção de modo adequado, evitando a possível sobrecarga para as equipes de saúde da família de áreas vizinhas caracterizadas como de maior risco.

Negociada a formatação final do projeto, foram traçadas algumas tarefas urgentes como aprovação do plano no CMS e CIB em um processo de convencimento dos vários atores envolvidos e da própria população a ser assistida (GUARAPUAVA, 2004c, p. 16):

[...] foi adotada como prioridade de governo a estratégia de expansão do saúde da família. Para tanto, houve o compromisso da administração de carrear recursos de modo preferencial para a Secretaria da Saúde. É importante ressaltar que esta opção ocorreu em meio a intenso conflito, com variáveis graus de aceitação pelos secretários de outras pastas.

O prefeito municipal estava convencido da viabilidade do projeto de expansão, porém manteve um posicionamento de utilização de terceirização para contratação dos recursos humanos necessários. Esta opção representava despesas

adicionais em função de taxas de administração e impostos, era caracterizada pela rotatividade de mão de obra e não era simpática ao Ministério da Saúde e profissionais de saúde.

A reunião para apresentação da proposta ao CMS se deu no dia 22 de dezembro de 2002, a aprovação foi unânime e as discussões eram relacionadas a otimização de processos, em especial da implantação de Conselhos Locais de Saúde, como resgate de deliberações da conferência municipal de saúde. Também a preocupação com aquisição de veículos específicos para o PSF. (GUARAPUAVA, 2001f),

O projeto foi encaminhado para apreciação pela equipe técnica da Regional de Saúde e foi aprovada *ad referendum* na Bipartite. A aceleração do trânsito burocrático permitiu que já em fevereiro de 2003 o projeto fosse aprovado na tripartite com respectiva portaria publicada em 11 de fevereiro de 2003. (BRASIL, 2003c)

No final de janeiro de 2003, o prefeito municipal e o autor foram recebidos no MS em Brasília por membros do Departamento da Atenção Básica (DAB) e pela gerência do PROESF. A finalidade da visita era negociar o incentivo para as equipes similares e verificar a possibilidade do município estar participando do PROESF e, no caso afirmativo, quais ações seriam financiadas e respectivos valores. Tratava-se de uma relação inter-governamental típica (RIG) (CAMPOS, 2001), cujo finalidade, além de carrear recursos era também a de conquistar respaldo e visibilidade junto ao MS, população e profissionais de saúde do município.

Este reforço externo era importante tendo em vista que a expectativa de mudança freqüentemente se associa com insegurança. No contexto isto era agravado em função da política de redução de carga horária dos profissionais da

SMS, anteriormente citada. A generalização do PSF e da jornada de 40 horas era uma potencial ameaça para todos os servidores da SMS, como segue (GUARAPUAVA, 2004c, p.16):

[...] foco de resistência à iniciativa estava situado entre os profissionais de saúde da estrutura da Secretaria de Saúde. Um grupo era formado por aqueles que tinham vantagens financeiras com a dificuldade de acesso na atenção primária. [...] integrantes das ESF, onde todas as categorias profissionais, inclusive ACS, recebiam valores adicionais pela dedicação de 8 horas. Tais valores, denominados de incentivos, na hipótese de generalização do PSF, não seriam mais justificados, uma vez que o benefício da redução de carga horária, anteriormente referido, iria ser retirado.[...] outro grupo era formado pelos profissionais de saúde que haviam se beneficiado com a redução de carga horária e se sentiam ameaçados com a necessidade de cumprimento de 8 horas de trabalho.

A disponibilização da estrutura do PSF entre os profissionais de saúde gerou animosidade como o projeto, apesar de não haver questionamentos dos respectivos benefícios para a população. O ambiente inicialmente desfavorável foi descrito: “Nesta fase, com exceção do Prefeito Municipal, do Secretário de Saúde e da equipe responsável pelo projeto, praticamente toda a administração e corpo de funcionários da saúde eram contra a referida expansão” (GUARAPUAVA, 2004c. p.16).

Este clima negativo se intensificou em função da previsão do corte dos incentivos para ACS, auxiliares de enfermagem e enfermeiros do PSF em função da necessidade de otimização de recursos financeiros: “Além disto, na hipótese de manutenção dos incentivos para todos os novos profissionais das ESF, existentes e a serem contratados, os custos finais inviabilizariam a expansão do PSF”. (GUARAPUAVA, 2004c, p.16).

É importante ressaltar que os incentivos eram repassados de forma irregular (GUARAPUAVA, 2002d) em função da inexistência deste incentivo do Plano de Cargos e Carreiras e Salários (PCCS) municipal. Com este argumento e em função da deficiência de recursos financeiros, foram realizadas reuniões em separado com

as três categorias profissionais para explicar e alertar do possível corte de incentivos por ocasião da expansão do PSF (GUARAPUAVA, 2001e, p. 21-22).

A tensão relativa ao corte dos incentivos foi tão importante que a administração assumiu o compromisso de só o fazer após a efetiva generalização do PSF que, neste momento, aguardava os preparativos para contratação da estrutura de recursos humanos. Por outro lado, a Câmara de Vereadores instituiu uma Comissão para Assuntos Relevantes para acompanhamento do caso. (GUARAPUAVA, 2001e, n.p.).

Já na primeira reunião do CMS de 2002 foram prestadas contas das primeiras ações implementadas para estruturar a expansão: locação de imóveis nas áreas consideradas prioritárias, remanejamento de mobiliário e equipamentos excedentes para as novas unidades, redação do edital de licitação para contratação de recursos humanos abrangendo várias categorias profissionais.

Houve atraso na elaboração do edital em função da necessidade de pareceres jurídicos e da demora das outras secretarias em levantarem as respectivas necessidades em termos de recursos humanos

A equipe de coordenação do PACS/PSF sofreu importante desgaste neste período que, por comprometer o processo de gestão, comprometia os resultados presentes do programa e todo o processo de expansão.

Uma estratégia utilizada como forma de contraposição a este ambiente desfavorável foi um processo de popularização da proposta entre profissionais de saúde e população. Para tanto foi realizado um evento a 6ª Reunião de Planejamento Participativo (GUARAPUAVA, 2003d). Esta reunião teve ampla divulgação na mídia, como segue (GUARAPUAVA, 2003e):

A expansão do programa Saúde da Família foi o tema da 6ª Reunião de Planejamento Participativo, realizada ontem na praça interna do paço municipal. Na reunião, promovida pela administração municipal, através da

Secretaria Municipal de Saúde e da Assessoria de Assuntos Comunitários, estavam presentes vários segmentos da sociedade - associações de moradores, conselho de pastores, pastorais das igrejas e entidades interessadas, além de autoridades municipais. O objetivo do Prefeito Vitor Hugo com a reunião foi levar todo o programa Saúde da Família ao conhecimento da comunidade e ouvir a sociedade. Guarapuava será conhecida como o município que possui praticamente a totalidade da respectiva população coberta pelo PSF.

Nos dias seguintes, foram realizados vários encontros com integrantes da administração da SMS, com a base aliada na Câmara de Vereadores e com profissionais de saúde e a população em geral. Todos estes momentos aconteceram com a participação do Assessor do Departamento da Atenção Básica do MS especialmente convidado para a ocasião, com a finalidade de conhecer a realidade do município e auxiliar no processo de fortalecimento da proposta. (GUARAPUAVA, 2003f).

A reação da população à proposta era de aprovação e expectativa em relação ao efetivo cumprimento do projeto. Tratava-se de um processo de ampliação de acesso envolvendo uma ação constitutiva caracterizada como arena de baixa tensão.

Nesta mesma época, a SMS recebeu o documento de conclusão de auditoria realizada por parte do Ministério da Saúde (SIPAR 25000.076182/2001-18), em cujo ofício MS/DENASUS n. 320 de 13/02/2003 havia a identificação da dificuldade de acesso às consultas médicas nas clínicas básicas e a tácita recomendação da ampliação do PSF no município, assim como a ampliação da cobertura de consultas nas clínicas básicas (BRASIL, 2003d).

É interessante resgatar que em paralelo à discussão do processo de expansão, com autorização do CMS (GUARAPUAVA, 2001f), foi acionado Centro de Empreendedorismo Social e Organização Comunitária (Cesoc), órgão da administração municipal, com forte atuação comunitária para que fossem iniciadas

as discussões para criação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Na imprensa local a proposta foi noticiada da seguinte maneira (GUARAPUAVA, 2003e):

Os problemas da comunidade no setor da saúde serão discutidos em Conselhos Locais de Saúde. Estes conselhos serão formados por liderança locais identificadas com a questão e por membros das equipes dos PSF. As reuniões mensais dos Conselhos serão acompanhadas pela Assessoria de Assuntos Comunitários e pela coordenação do programa Saúde da Família. As funções destes Conselhos serão: dar apoio às implementações das ações dentro da comunidade, visando a melhoria das condições da saúde e auxiliar na avaliação a qualidade do trabalho da equipe de saúde da família e dos seus integrantes. O prefeito Vitor Hugo Burko falou ontem da criação de uma sede para o funcionamento dos conselhos comunitários. O que possibilitará que as equipes tenham um espaço específico permitindo melhoria nas condições de organização e trabalho.

O processo proposto envolveu a mobilização de associações de bairros nas áreas de abrangência das ESF existentes e a serem implantadas. A experiência municipal em trabalhos comunitários já havia sido reconhecida no cenário nacional (SEBRAE, 2001).

Em março de 2003, apesar da movimentação com opinião pública, dirigentes políticos e profissionais de saúde como forma de acúmulo de capacidade de governo, havia sido implantada apenas uma nova equipe com recursos humanos pré-existent no quadro (GUARAPUAVA, 2004a). Este fraco desempenho decorria do referido atraso na adequação do edital para contratação de mão de obra terceirizada.

Por outro lado, ocorria uma preparação da estrutura da Secretaria de Municipal de Saúde (SMS) para dar conta do projeto de expansão. Parte desta adaptação estrutural ocorreu por conta da mudança de endereço da SMS para local mais amplo e com possibilidade de expansão de instalações físicas conforme divulgado na imprensa do município (GUARAPUAVA, 2003g, p. 1):

Precisávamos de um espaço maior, que comportasse os desdobramentos da ampliação do PSF [...] A atuação maciça das equipes de Saúde da Família no município resultará na identificação de necessidades nas comunidades de forma que é prioritário para a Secretaria de Saúde se preparar para o enfrentamento das mesmas [...] Na referida sede há a possibilidade de estruturação de novas edificações para atender a demanda por ampliações dos serviços existentes e a criação de novas estruturas para melhor atender à população [...] Além dos benefícios proporcionados

ao cidadão, as mudanças visam também a economia para os cofres públicos. Construiremos a estrutura adequada para atender melhor o cidadão guarapuavano e faremos tudo num local que já é da prefeitura. Poderemos utilizar as verbas destinadas à saúde em obras que permanecerão para sempre nas mãos do povo[...]

Esta mudança determinou a desativação da clínica municipal de fisioterapia que funcionava de modo centralizado recebendo clientela relativamente fixa de pacientes crônicos com extensa fila de espera para o atendimento fisioterápico. Por outro lado, os profissionais e equipamento foram alocados de forma descentralizada nas unidades pólo. Esta descentralização da fisioterapia foi alvo de importante controvérsia por parte de alguns fisioterapeutas que questionaram formalmente o referido processo. A justificativa abaixo, constante no documento de resposta aos profissionais, dá um diagnóstico do serviço (GUARAPUAVA, 2003h, p.1):

A existência de uma clientela relativamente fixa, onde são raras as altas, associada a uma baixa produtividade determinou uma longa lista de espera pelo atendimento fisioterápico de pacientes de todo o município. Em função da espera, pacientes com casos agudos, passíveis de pleno restabelecimento de função com o adequado atendimento fisioterápico, passavam a uma situação de irreversibilidade da lesão. Em outras palavras havia um contingente de pacientes portadores de lesões crônicas de aproximadamente 70 (setenta) pacientes atendidos de forma regular com um gasto pouco inferior a 1 (uma) hora/fisioterapia por paciente e, por outro lado, um grande contingente de paciente agudos correspondendo a 5 a 6 (meses) de espera. Os últimos, por causa do tempo decorrido até o atendimento, desistiam do mesmo ou tornavam-se crônicos e, em algumas situações, incuráveis.

Com a referida extinção, os 4 fisioterapeutas foram distribuídos, com equipamentos, nas unidades pólo para atendimento descentralizado das referências das ESF e demais médicos. Posteriormente foram admitidos mediante concurso público mais 4 profissionais que, em conjunto com a aquisição de equipamentos, facilitou o processo de descentralização do atendimento fisioterápico, vinculado às ESF. Esta iniciativa resultou em sensível redução da fila de espera e possibilitou cuidado multi-profissional aos pacientes (GUARAPUAVA, 2004c, p.18):

[...] em cada pólo foi estruturada uma sala de equipamentos de fisioterapia onde atua um fisioterapeuta como apoio às ESF. Além da atenção a pacientes referidos pelas equipes, este profissional participa de atividades coletivas de promoção, prevenção e reabilitação, assim como de procedimentos domiciliares nos pacientes das áreas de atuação das ESF adscritas ao respectivo pólo. Com a descentralização do

atendimento de fisioterapia houve uma brutal redução da fila de espera para este tipo de tratamento. Outro aspecto a ser considerado é que a possibilidade de tratamento de casos agudos precocemente minimiza a cronificação de processos potencialmente curáveis, dando resolutividade ao sistema. Por outro lado o fisioterapeuta exerce importante papel na atenção domiciliar a pacientes crônicos, com severas deficiências e potencializa a formação de cuidadores no domicílio.

Aqueles pacientes com severos déficits, exigindo tratamento com maior densidade tecnológica e de forma crônica, foram transferidos para serviço de fisioterapia vinculado à universidade.

A proposta de expansão do PSF foi alardeada na mídia impressa e através das rádios como forma de aumentar a capacidade de governo e conseqüente fortalecimento do projeto de governo (MATUS 1996, 1997). Na população o que se observou nesta fase inicial é que, embora houvesse vantagens óbvias, havia um certo ceticismo coletivo, sendo necessário esperar a concretização das ESF para se obter o envolvimento da comunidade. Prova disto foi a lenta estruturação de CLS no primeiro semestre de 2003.

Se a população apresentava certo descrédito com a proposição, o grupo político de oposição à administração se mobilizou contra a contratação de recursos humanos de terceirização. Esta movimentação resultou, através da intervenção do ministério público, na interrupção da confecção do respectivo edital processo licitatório.

Toda a expectativa gerada na eminência de ser frustrada em conjunto com os desgastes relativos às mudanças ventiladas e realizadas foi o pano de fundo do primeiro quadrimestre de 2003. Situação assumida no dôssie do HumanizaSUS (GUARAPUAVA, 2004c, p. 17):

A opção pela terceirização de mão de obra gerou atraso e desgastou a imagem do projeto junto à população e profissionais de saúde. Antes da publicação do respectivo resultado, o Ministério Público questionou a legalidade da terceirização de modo que o processo licitatório foi suspenso. [...] a opção pela terceirização de contratação de recursos humanos e

subseqüente impedimento atrasou o cronograma de expansão, especialmente por causa da dificuldade de contratação de médicos.

Com a impossibilidade da utilização de mão de obra terceirizada para estruturar as equipes, foi utilizado o plano de contingência (MATUS, 1996, 1997) para a contratação através de teste seletivo para os médicos e ACS. As demais categorias profissionais foram através de concursos pré-existentes.

É interessante que em função do salário e condições oferecidas, superiores à média da região (GUARAPUAVA, 2001e), a contratação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem não se constituiu em nó crítico para a expansão.

O plano de contingência havia sido traçado desde o início do projeto, no final de 2002, quando as planilhas na estrutura de custos, especialmente RH, continham as várias possibilidades admitidas, na época (PARANÁ, 2001) para contratação de RH no PSF. Em que pese a antecipação da equipe de planejamento, a resposta da instituição pública ao processo de mudança é muito lenta. A adaptação para elaboração de edital de terceirização de mão-de-obra, que resultou inefetivo, e, na seqüência, a elaboração de um inédito e complexo edital de teste seletivo com vagas regionalizadas para ACS resultaram em um importante retardo na implementação do projeto.

O tempo decorrido de fevereiro a julho de 2003, quando foi realizado o teste seletivo para admissão de médicos e agentes comunitários (GUARAPUAVA, 2004a) resultou em um desajuste de tempos:

Tempo político: pelo desgaste e ceticismo gerado com a propaganda sem realização.

Tempo técnico, pela fase de menor arrecadação municipal em decorrência da redução de arrecadação municipal (IPTU) e dos repasses do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) típicos desta época do ano e pela perda da oportunidade de

contratação de médicos no início do ano, período identificado com mais propício para contratação desta categoria profissional e pela (GUARAPUAVA, 2004c, p. 22):

Por esta razão foram contratados novos profissionais médicos no final do ano de 2003 e início de 2004. Este é um período no qual é mais provável a contratação de médicos em decorrência do processo de formação das universidades e pela freqüente mobilidade de profissionais de outros municípios.

A dificuldade de atração de médicos para a região pode ser avaliada pelos seguintes números: ao anúncio do certame em jornal de circulação estadual foram registrados 41 interessados (GUARAPUAVA, 2004a), destes houve apenas 18 inscritos que prestaram efetivamente o teste, resultando em 6 efetivamente contratados (GUARAPUAVA, 2004a).

Neste íterim, foram criadas 6 novas ESF, passado ao total de 18 equipes graças à contratação em caráter de urgência de 2 médicos e da ampliação de carga horária de 4 médicos do quadro de servidores do município. Como documentado em solicitação da época (Guarapuava, 2003i):

Vimos através deste solicitar a urgente contratação de 02 (dois) médicos para atuarem com Médicos Generalistas de Saúde da Família nas localidades de Xarquinho e Jardim da Américas. Além da referida contratação, solicitamos a inclusão, a partir do dia 28 de maio de 2003, dos seguintes servidores médicos no Programa Saúde da Família [...] A urgente constituição de 06 (seis) novas equipes de saúde da família, ainda no mês de maio, se justifica face às seguintes realidades epidemiológica e de organização de serviços de saúde no município [...]

Em maio de 2003, com correção de 20% aplicada aos valores de incentivos relativos aos ACS e às ESF associada à alteração de faixas de valor para municípios com mais que 100.000 habitantes (BRASIL, 2003e), houve uma significativa melhora na disponibilização de recursos financeiros para o custeio da estratégia. Esta ampliação na estrutura de financiamento permitiu a manutenção dos incentivos pagos a ACS, auxiliares de enfermagem e enfermeiros, reduzindo a tensão entre os profissionais de saúde do quadro e a equipe de coordenação. Embora a questão financiamento estivesse resolvida ainda havia a pendência

relativa a buscar uma alternativa que envolvesse um processo formal de avaliação para efetuar o pagamento nos termos da lei.

Neste mesmo mês duas outras portarias do MS (BRASIL 2003b, 2003f) ampliaram os recursos disponíveis para a atenção básica. A primeira através da habilitação do município na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA e a segunda através da qualificação de 8 equipes similares, conforme projeto apresentado ao MS. É interessante ressaltar que são poucos municípios no Brasil com equipes qualificadas nesta condição.

Para os ACS foram abertas 135 vagas no edital de teste seletivo nas áreas definidas no processo de territorialização (GUARAPUAVA, 2004a), inovando o processo de gestão da categoria profissional no município, pois, até esta ocasião, os 96 ACS do município eram servidores em cargos vitalícios e, a revelia da lei, não necessariamente moravam na área de atuação. Para corrigir esta distorção, os servidores seriam re-allocados nas áreas dos respectivos domicílios à medida que as novas equipes fossem implantadas. Esta adequação do processo de trabalho do PSF gerou reações díspares na categoria profissional registradas em várias reuniões da coordenação com as equipes, desde a satisfação por trabalhar próximo ao domicílio, insatisfações individuais associadas ao relacionamento nas novas equipes para as quais estavam sendo transferidos e quebra de vínculos com a equipe que estavam deixando até a revolta por perder o direito ao vale-transporte (GUARAPUAVA, 2001d, 2001e).

Paralelamente já haviam sido identificados e locados imóveis nas áreas previstas de implantação de novas ESF. A antecipação no sentido de adequar a estrutura física se justificava pela necessidade de adaptação dos imóveis para o

trabalho do PSF. Entre os requisitos mínimos da estrutura de instalações físicas necessárias em cada um destes imóveis estava (GUARAPUAVA, 2003a, p. 10 -11):

As unidades do Programa Saúde da Família são estruturadas, preferencialmente, em local público e, na ausência desta possibilidade, em imóveis locados e adaptados à função, seguindo as recomendações do Ministério da saúde conforme relação abaixo:

- Sala de recepção, com espaço adequado para atividades em grupo;
- Sala apropriada para arquivo e registros;
- Sala para cuidados de enfermagem;
- Sala de vacinação conforme preconizado pelo PNI;
- 02 consultórios para atendimento individual;
- 02 sanitários para a população;
- 01 sanitário para a equipe;
- Local para lavagem de material;
- Local para esterilização;
- Local para reunião da equipe.

Apesar do esforço de adaptação dos imóveis, no projeto do PROESF a administração assumia a precariedade e temporariedade deste tipo de iniciativa, que só se justificava em função da necessidade de adscrever a clientela (GUARAPUAVA, 2003j, p. 37):

Equipe residente em edificação locada: Há 3 localidades onde não houve possibilidade de se adscrever a clientela sem estruturar a equipe no seio da própria população. São as equipes Concórdia, Continental e Iraque. Apresentam espaço físico inadequado e insuficiente, apesar de terem passado por reformas previamente a implantação das equipes. Nesta situação há urgente necessidade de construção de uma unidade na própria localidade.

O autor, membro da equipe de coordenação da expansão do PSF, em função da demissão a pedido do Secretário de Saúde, assume a direção da SMS. O convite feito pelo colega demissionário, veio naturalmente em função do respectivo envolvimento com toda a gestão da SMS. Por outro lado, demonstra o compromisso inquestionável da administração com o projeto de expansão do PSF em um progressivo acúmulo de poder. Esta situação, embora desejada do ponto de vista da governabilidade, embutia a necessidade de dedicação às outras áreas da SMS, representando importante ônus ao longo do processo de expansão.

Com o resultado do teste seletivo são acrescentadas 4 novas ESF às equipes 18 existentes (GUARAPUAVA, 2004a). Alguns imóveis locados passam a ser ocupados diminuindo a pressão da população que se mobilizava pela implantação do programa no respectivo bairro.

O número de ACS sobe de 108 para 152 agentes, permitindo a realocação dos ACS admitidos anteriormente por concurso público nos locais de residência, representando, mais do que a adequação à norma, uma adequação de processo de trabalho para a estratégia (GUARAPUAVA, 2004a).

A implantação paulatina em função da disponibilidade de médicos, oculta uma importante tensão ao longo do processo de implantação revelado nos livros atas da coordenação (GUARAPUAVA 2001d, 2001e). Esta tensão estava concentrada em administrar interesses de:

- ESF implantadas que tinham o respectivo processo de trabalho dificultado pela invasão de clientela de áreas vizinhas;
- resistência a mudança por parte de profissionais de saúde que, por atuarem em local destinado a sediar ESF, se sentiam ameaçados;
- e candidatos aprovados no teste seletivo para emprego de ACS que pressionavam para respectiva contratação;
- população de áreas onde ainda não havia sido implantada a ESF.

A população ao se adscrever a uma determinada ESF apresentava reações que variavam da aceitação plena à rejeição da utilização da ESF como porta de entrada. A primeira situação era mais comum na zona rural e entre as clientelas que não obtinham acesso a consultas e atendimentos em unidades vizinhas. Em função de esta situação ser a regra, em geral as ESF foram bem recebidas. A rejeição, menos comum, aconteceu naquelas clientelas cujo acesso ao atendimento médico e

de enfermagem era um privilégio e a constituição da ESF representava ameaça à situação. Via de regra este tipo de reação era direcionado a elementos da ESF, envolvendo históricos de relacionamentos prévios profissional X comunidade (GUARAPUAVA 2001d, 2001f).

O papel da coordenação nesta fase era extremamente tensionado pela pequenez da respectiva estrutura, pela necessidade de acompanhamento do processo de implantação das equipes recém criadas e pelas tensões emergentes. Neste sentido são freqüentes os registros de adequação de áreas de atuação de ACS e ESF e até mesmo eventuais mudanças de profissionais das ESF (GUARAPUAVA, 2001d, 2001f).

Por outro lado, áreas vizinhas, não cobertas pelas ESF passaram a se organizar e reivindicar a constituição de ESF para os respectivos territórios, conforme documentado posteriormente no documento do HumanizaSUS (GUARAPUAVA, 2004c, p.22): “A expansão do PSF nesta fase teve a capacidade de instalar uma espécie de círculo virtuoso de pressão popular para implantação imediata naquelas localidades onde não havia o PSF”.

Os candidatos aprovados no teste seletivo para emprego de ACS, só eram contratados por ocasião da constituição da ESF propriamente dita. Por esta razão, acabavam por se constituir em outro foco de pressão no sentido da expansão de novas ESF.

Os profissionais de saúde que passavam a ter que mudar de local de atuação, especialmente agentes comunitários e auxiliares de enfermagem, apresentavam graus variáveis de aceitação. Os freqüentes conflitos, documentados no livro de atas da coordenação (GUARAPUAVA, 2001d, 2001e) exigiram processo constante de acompanhamento por parte da coordenação.

Médicos especialistas foram transferidos da atenção básica para o Centro Municipal de Especialidades (CME) com graus variáveis de aceitação. Porém, com a consolidação da proposta do CME houve progressiva diminuição da resistência às mudanças (GUARAPUAVA, 2004a).

A capacidade de administração dos referidos focos de pressão associados à expansão de acesso nas equipes recém implantadas determinaram um fortalecimento do projeto com ganhos proporcionais de governabilidade.

Em julho de 2003 o município foi convocado para apresentar o respectivo projeto do PROESF (BRASIL, 2003g). A expectativa de aporte de recursos a fundo perdido para investimento na estruturação e ampliação da rede fortaleceu o projeto, com novos ganhos de governabilidade.

A VI Conferência Municipal de Saúde acontece em agosto de 2003 com o tema de Participação Comunitária na Promoção da Saúde Coletiva e subtemas abordando: Conselhos Locais de Saúde, Programa Saúde da Família, Atenção Hospitalar, Profissionais de Saúde e Promoção de Saúde (GUARAPUAVA, 2003k).

Neste espaço de discussão participaram representantes de 19 Conselhos Locais de Saúde (CLS) integrados às respectivas ESF. Para que se tenha uma idéia do avanço em termos de controle social é importante salientar que os CLS passaram em dois anos de proposta na V Conferência para realidade (GUARAPUAVA, 2003k). Além da participação na Conferência, há registro da participação de membros dos CLS nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (GUARAPUAVA, 2001d, 2001e).

A conferência, além de confirmar a ampliação do controle social via CLS, resultou em 40 propostas provenientes de todas as mesas temáticas. Pouco menos que a metade das mesmas (18) envolvia a estratégia Saúde da Família e apenas 3 estavam relacionadas à ampliação ou readequação de estrutura. Todas as demais

eram relativas a processo do PSF (GUARAPUAVA, 2003k). Esta informação é indicativa um possível amadurecimento da população em relação à estratégia.

Outro importante fator que incremento a capacidade de governo da SMS sobre o projeto foi o incremento de repasses federais de custeio. Em setembro de 2003 o quantitativo mensal de incentivo federal para o PSF passava dos R\$ 106.008,00, representando mais que o triplo do valor em janeiro de 2003. Por outro lado, os valores de bônus, R\$ 10.000,00 por ESF implantada, já acumulavam R\$ 75.000,00 depositados em conta específica para investimentos de capital (equipamentos, mobiliário e veículos) (GUARAPUAVA, 2004a).

O aumento de recursos financeiros e dados preliminares da mortalidade infantil, apontando para uma importante redução no coeficiente, foram utilizados como forma de aumentar a capacidade de governo e governabilidade na implantação do projeto.

Apesar do projeto de expansão ter respaldo com base no incipiente resultado e pelo inédito equilíbrio financeiro alcançado pela SMS, não houve acréscimos à 22ª equipe constituída em setembro de 2003 em função da falta de médicos. Os dois testes seletivos serviram apenas para reposição de médicos que se demitiam (GUARAPUAVA, 2004a).

Neste ponto deficiências na estrutura de assistência farmacêutica, consultas especializadas, exames complementares e veículos eram pauta freqüentes nas atas de reuniões com a coordenação. As deficiências estruturais eram indicadas, nas reuniões, como determinantes de dificuldades relativas a processo, por exemplo a falta de veículos diminuindo o número de visitas domiciliares, e resultado, por exemplo a falta de medicamentos determinando a piora de quadros simples, passíveis de tratamento ambulatorial (GUARAPUAVA, 2001d, 2001e).

Como parte do desenvolvimento de um processo de integração do PSF e especialidades básica, em setembro de 2003, foi realizada a primeira reunião do secretário de saúde com os obstetras da rede com o intuito de criar um sistema de referência para as ESF, denominado de tutoria. Na reunião foi estabelecido o protocolo de identificação de gestação de risco bem como profissionais e estabelecimentos responsáveis pelo atendimento. As gestantes atendidas pelas ESF, não classificadas como de risco, foram adscritas a determinados profissionais e estabelecimentos hospitalares em função do atendimento nos pólos. O processo de trabalho envolveria o atendimento partilhado da gestante entre ESF e obstetra e educação permanente através da troca de informações entre os profissionais citados. Em cada pólo foram realizadas reuniões entre as ESF adscritas e o obstetra responsável para repasse das informações e protocolo (GUARAPUAVA, 2001d, 2001e).

Na mesma época, em reunião entre secretário municipal de saúde e pediatras, foi pactuada a distribuição dos profissionais nas unidades pólo no sentido de adscrição das ESF aos mesmos (GUARAPUAVA, 2001e).

Mesmo antes do processo de expansão a solicitação por protocolos para atendimento a patologias e situações comuns da prática assistencial e na integração com os demais níveis da rede era uma solicitação constante registrada no livro de atas da coordenação (GUARAPUAVA, 2001e).

Em dezembro de 2003 foi realizado Curso de Assistência Pré-Natal e Gestação de Risco com participação de obstetras da rede e médicos e enfermeiros das ESF de Guarapuava e região (PARANÁ, 2003). Na ocasião foi confirmado o protocolo proposto inicialmente (GUARAPUAVA, 2004a).

O esforço de dar às ESF a característica de coordenação da atenção (STARFIELD, 2002a) através de mecanismos ágeis de comunicação com toda a rede também foi direcionado para todos os serviços especializados da rede municipal que apresentavam algum tipo de necessidade de adscrição de clientela e cuidado domiciliar. São exemplos: os serviços de pneumologia e dermatologia sanitárias (AMPDS), saúde mental (PROSAM), centro regional de HIV/AIDS e DST e centro de tratamento de desnutrição infantil (Clínica Renascer). (GUARAPUAVA, 2004a).

Nas especialidades de Geriatria e Hebiatria houve uma interação com as ESF em função da disponibilidade específica dos referidos especialistas em acompanhar o trabalho das ESF.

Em todos estes casos foi adotada a terminologia de tutoria onde o profissional atuaria como tutor da ESF na respectiva especialidade. O documento enviado para o HumanizaSUS salienta este processo em diferentes ocasiões GUARAPUAVA, 2004c, p.23, p 25 e p. 29):

[...] concretizada através de tutorias nas especialidades básicas e secundárias, onde em paralelo ao processo educativo se implementam e estreitam mecanismos de referência e contra-referência de pacientes com avaliação contínua de ações. [...] recentemente foi formalizada a tutoria de ginecologia e obstetrícia para as equipes, é uma proposta mais ampla que o mecanismo de atendimento conjunto pela proposição de um processo de educação permanente. Os resultados preliminares são bastante satisfatórios. [...]

Também recentemente foi formalizada a tutoria de pediatria para as equipes. Trata-se de uma proposta mais ampla que mecanismo de referência e contra-referência anteriormente descrito, onde foram adotados protocolos de diagnóstico e tratamento em pediatria e está proposto um processo de educação permanente.

No caso específico dos ambulatórios de Dermatologia e Pneumologia Sanitária, Geriatria e Hebiatria já está em curso o sistema de tutoria com adoção de protocolos de diagnóstico e tratamento e visitas de supervisão às unidades por parte dos especialistas. No caso da Hebiatria também são desenvolvidas atividades de promoção e prevenção direcionadas à faixa etária específica e respectivos familiares.

Ainda estão sendo implementados sistemas de tutoria em saúde mental, DST/AIDS e Cardiologia.

Apesar de resultados promissores em outras especialidades, a tutoria em pediatria não resultou em integração e, seis meses após a primeira tentativa, foi realizada uma nova reunião a presença de médicos e enfermeiros do PSF e pediatras buscando estabelecer protocolos de atendimento. A reunião foi divulgada em nota jornalística da administração municipal (GUARAPUAVA, 2004d):

A Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava reuniu nesta quinta-feira (18/03), os médicos pediatras que atendem os seis pólos dos postos do Programa Saúde da Família (PSF) de Guarapuava. A idéia é que os pediatras sejam tutores dos médicos dos PSF, garantindo a troca de informações mais ampla, fazendo com que a população ganhe também em qualidade de atendimento. [...] Outra possibilidade, segundo o secretário, será permitir que os pediatras possam participar do curso de tutoria e que sejam incluídos no Programa de Educação Permanente. Para dar início ao protocolo, foi nomeada uma comissão [...]

Apesar do esforço, não houve consenso para a pactuação, especialmente pela resistência de alguns pediatras à proposta da tutoria (GUARAPUAVA, 2004b).

O processo de descentralização das ações de tuberculose e hanseníase, do ambulatório especializado para as ESF, já havia produzido resultados significativos no diagnóstico das patologias e tratamento com a supervisão direta da dose oral (GUARAPUAVA, 2004e). Da mesma maneira, a orientação do Centro Regional de HIV/AIDS e DST para as ESF haviam produzido uma incipiente coordenação da atenção básica e especializada na área (GUARAPUAVA, 2001e, 2004a)

As tutorias representavam, portanto um esforço de garantir a adequação da referência e contra-referência de pacientes do PSF para especialidades básicas e para outros serviços especializados. Este processo apresentou, conforme demonstrado, graus variáveis de implantação em função da especialidade e em função de características individuais dos profissionais envolvidos.

Em paralelo a este processo a SMS estava se envolvendo com a proposta do plano estadual de atenção às urgências com vistas a implantação do SAMU- 192 em alguns municípios do estado. No caso específico, o município não preenchia os

critérios para respectiva priorização, uma vez que não estava em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), não possuía SIATE e apresentava menor população em relação aos demais municípios com mais de 100.000 habitantes. Apesar deste panorama desfavorável, após processo de avaliação pela Secretaria de Estado da Saúde e negociação junto à Bipartite, o município foi incluído no referido plano. (CIB, 2003). A coerência da proposta de organização da atenção básica em paralelo à atenção às urgências, o isolamento do município em relação a outros centros de referência e a posição estratégica de entroncamento rodoviário foram determinantes para o apoio da Secretaria de Estado à entrada do município no projeto (GUARAPUAVA, 2003a).

A partir de outubro de 2003 começa uma ampliação do quadro de ACS desvinculadamente à constituição de novas ESF (GUARAPUAVA, 2004a). Este movimento foi determinando pela experiência da equipe de coordenação de otimização de resultados ao se implantar equipes em áreas previamente cadastradas. A previsão era da implantação de novas ESF com o resultado de Concurso Público programado para janeiro de 2004.

Em novembro de 2003 foi constituído o serviço de Ouvidoria Municipal da Saúde, acessível ao usuário do SUS, 7 dias da semana, 24 horas por dias, através de sistema telefônico gratuito (0800). O serviço foi implantado em atenção ao dispositivo legal e como forma de coibir denúncias veiculadas através de programas de rádio direcionadas especificamente à saúde tanto mais quanto mais se aproximavam as eleições municipais. Este foi um processo de negociação promovido pela SMS com o Ministério Público do município e várias associações de profissionais de saúde em função do freqüente envolvimento nominal de profissionais de saúde nas denúncias em uma onda difamatório com nítido viés

eleitoral (GUARAPUAVA, 2003b). O serviço teve importante papel na orientação e captação de sugestões e reclamações e minimização de problemas à medida que da resposta imediata àquelas necessidades urgentes. Também representou fonte de informação para avaliação da atuação das equipes de saúde da família e as respectivas inter-relações com os outros níveis de complexidade do sistema (GUARAPUAVA, 2004a).

As respectivas funções foram progressivamente sendo compreendidas pela população conforme palavras da Ouvidora em nota jornalística da administração municipal (GUARAPUAVA, 2004f):

A Ouvidoria da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava, está divulgando o relatório de atendimentos do setor referente ao primeiro trimestre de atividades desde a sua criação, em novembro de 2003 [...]. O departamento, criado especialmente para ouvir o cidadão [...] recebe sugestões ou críticas, além de investigar denúncias e reclamações, sempre prestando um esclarecimento posterior ao usuário. Segundo a ouvidora, a intenção é melhorar o atendimento à saúde. “O departamento funciona inclusive em feriados e finais de semana. Em 2003, a população ainda não tinha o hábito de ligar. Agora o panorama está mudando, com a participação mais efetiva da comunidade”, explicou. Nos dois últimos meses de 2003, o setor recebeu 40 reclamações e uma sugestão, distribuídas em 35 delas via telefone, e cinco pessoalmente. Dessas, três foram do interior do município e 38 na área urbana. “Em janeiro fizemos 38 atendimentos, todos por telefone e em fevereiro, promovemos 25 atendimentos”, finalizou. Aqueles que tiverem a intenção de utilizar o serviço, criticar ou fazer sugestões, basta ligar para 0800-6453003.

A criação da ouvidoria municipal da saúde resultou em uma diminuição do envolvimento nominal de profissionais de saúde nas denúncias radiofônicas.

Merecem destaques a atuação da ouvidoria e a participação dos CLS no enfrentamento de conflitos entre pessoas e elementos da ESF ou SMS (GUARAPUAVA, 2001d, 2001e, 2004b, 2004g)

Na maior parcela das intervenções documentadas, a postura do CLS foi de negociação e pacificação com valorização da equipe de saúde. As únicas exceções ocorreram em situações claras de desempenho profissional inadequado: p.ex: o

médico fuma no consultório durante o atendimento. Nestas ocasiões o CLS foi um importante aliado na gestão de RH (GUARPUAVA, 2004a).

Apesar das dificuldades, o resultado preliminar no coeficiente de mortalidade infantil indicando menos que 20 óbitos infantis por mil nascidos vivos em 2003, nível nunca antes alcançado pelo município, em uma redução de 28,9% em relação à 2002, fortalecia a estratégia ante a administração municipal, dirigentes políticos, profissionais de saúde e população. Uma nota jornalística posterior da assessoria de comunicação da administração municipal resumizava, nas palavras do chefe do departamento médico, o sentimento existente (GUARAPUAVA, 2004h):

Estamos implantando equipes em locais estratégicos e que respondem por uma fatia de grande risco para a mortalidade infantil [...] A implantação de novas equipes do PSF é uma forma de promover a descentralização do atendimento. O objetivo da administração municipal é proporcionar ao paciente melhor atendimento, maior comodidade e facilidade de locomoção. A descentralização se enquadra no projeto de expansão do PSF, de vigilância à saúde, promovido pela Secretaria da Saúde de Guarapuava. Este projeto é inovador em seu aspecto de relação interativa entre os profissionais e as comunidades, buscando a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Exemplo disso, os resultados transformadores, que reduziram a mortalidade infantil de 55,66 óbitos por mil nascidos vivos em 1991 para 19,73 óbitos por mil, em 2003 e alteraram positivamente outros indicadores, viabilizando o acesso a um serviço mais humanizado que melhora a qualidade de vida das comunidades.

Nesta época, a permanência com apenas 22 ESF era a evidência de que a expansão do PSF havia encontrado na disponibilidade de médicos o maior nó crítico (GUARAPUAVA, 2004a). Como forma de vencer este obstáculo, foi proposto o concurso público que, especificamente na área da saúde, era a alternativa de oferta de vínculo empregatício de qualidade com possibilidade de atração de profissionais de saúde. Em relação aos médicos, havia a inovação da dos cargos criados em agosto de 2003 de “médico generalista de PSF” e “médico generalista de pronto atendimento” (GUARAPUAVA, 2003I). Com salários diferenciados, estes cargos eram por si só atraentes, sem a necessidade de adição de incentivos como para os médicos do quadro. Também haviam sido criados os cargos de nutricionista, técnico

de enfermagem, em função de potenciais ganhos de resolutividade na atenção básica e na atenção às urgências.

O resultado do concurso público permitiu, a partir de março de 2004, a constituição de 6 novas equipes em um total de 28 ESF (GUARAPUAVA, 2004a).

Os integrantes das ESF antigas, situadas mais distantes do centro da cidade e com menor estrutura, em áreas de maior risco, foram transferidos para áreas descobertas melhor localizadas e com menor risco. Os novos profissionais de saúde foram alocados nas áreas com clientela já consolidada (GUARAPUAVA, 2004a). Este processo de transferência de recursos humanos determina, na maior parte das vezes, desgaste com a população pela quebra de vínculos já formados (GUARAPUAVA, 2001d, 2001e, 2004a, 2004b) porém fez parte do compromisso da administração com RH pré-existentes no sentido da transferência para áreas “melhores” quando da constituição de novas ESF. Por outro lado, médicos e enfermeiros sem experiência de trabalho no PSF são beneficiados ao iniciarem atividades em equipes já em processo de consolidação.

A implantação das novas ESF trouxe recursos financeiros adicionais de custeio e os já referidos “bônus” de R\$ 10.000,00 por ESF implantada. O repasse mensal na competência de março de 2004 era de R\$ 151.200,00. Estes recursos eram empregados no custeio das ESF, inclusive RH. O montante dos bônus, por outro lado, era reservado a despesas de capital. A aquisição de equipamentos, mobiliários e veículos através de licitação, via de regra acontecia com freqüentes atrasos, com importante desgaste da coordenação junto às equipes e população face às deficiências estruturais (GUARAPUAVA, 2001d, 2001e, 2001f, 2004a, 2004b).

A aquisição de veículos específicos para o PSF foi foco de freqüente questionamento, especialmente face a existência de montante financeiro reservado para esta finalidade. Esta licitação foi postergada em função de possível financiamento, junto ao governo estadual, para aquisição de 8 veículos tipo *van*. Em um contexto de contingenciamento de recursos, o financiamento externo permitiria a utilização dos bônus em outras necessidades. Os sinais de autorização dos recursos desde outubro de 2003 acabaram por não se confirmar após nove meses de longa espera (GUARAPUAVA, 2004a). Por esta razão, houve o atraso na aquisição dos veículos em relação à progressiva expansão do programa. A contradição entre o projeto de expansão, onde pólos estariam estruturados com veículo(s) para transporte das ESF adscritas e veículo para transporte de pacientes, e o longo período de espera gerou freqüente desgaste das ESF com a chefia da divisão de atenção básica. Este desgaste estava centrado na dificuldade de médicos e enfermeiros realizarem visitas domiciliares aqueles pacientes mais distantes da unidade sede (GUARAPUAVA, 2001d, 2001e, 2001f e 2004b).

A cobertura de áreas mais diferenciadas através das 7 ESF, implantadas em março e abril de 2004, permitiu a transferência de mais especialistas da atenção básica para o CME. A ampliação da se limitou apenas em termos de quantidade de profissionais, forma também acrescentadas especialidades não existentes na rede e consórcio intermunicipal (GUARAPUAVA, 2004c, 28-29):

[...] com a alocação de médicos generalistas nas unidades descentralizadas, constituindo as ESF, foi possível re-alocar os especialistas em um centro municipal de especialidades. Além destes profissionais previamente existentes na rede municipal, outros vieram atraídos pelos sucessivos testes seletivos e concurso público para preenchimento de vagas no Saúde da Família. [...] Com o acréscimo destes profissionais de saúde no Centro Municipal de Especialidades houve uma significativa redução na fila de espera para consultas especializadas. Por outro lado, em virtude se tratar de serviço próprio, diferentemente do Consórcio Intermunicipal de Especialidades, estão sendo feitos esforços no sentido de estreitar os mecanismos de referência e contra-referência e dar qualidade ao atendimento.

Em paralelo, foram feitos investimentos em equipamentos, mediante aquisição e locação, para ampliar a capacidade de apoio diagnóstico de rede municipal e contratada (GUARAPUAVA, 2004c, p. 29 -30):

[...] Para dar conta deste aumento de demanda foram desencadeadas algumas ações:

- Modernização do laboratório municipal: contratação de analisador hematológico, aquisição de equipamento semi-automatizado de bioquímica, modernização de equipamentos de imunologia.
- Otimização do uso de equipamento de eletroencefalografia próprio, através da leitura de exames pela Neuropediatra contratada recentemente.
- Otimização do uso de equipamento de ultrassonografia próprio, através da ampliação do número de médico para respectiva operação.
- Otimização do uso de equipamentos de eletrocardiografia próprios, através da adoção de protocolos visando diminuir a necessidade de retornos dos pacientes [...]
- Aquisição de exames radiológicos de terceiros.
- Aquisição de exames endoscópicos de terceiros.

O fortalecimento do Centro Municipal de Especialidades permitiu o redirecionamento de recursos, anteriormente utilizados para aquisição de consultas especializadas, para aquisição de exames complementares.

Houve uma significativa ampliação na estrutura de recursos humanos e equipamentos para a atenção especializada com ampliação da oferta de consultas e exames, porém a demanda reprimida se concentrava em especialidades não disponíveis na rede própria e, portanto, com direta dependência do CIS. Destas, otorrinolaringologia, neurologia, cirurgia vascular eram as especialidades com longas filas de espera.

No esforço de “ampliação da oferta quantitativa e qualitativa de especialidades na rede própria do município com adoção de protocolos e aumento regulado da oferta de exames complementares” (GUARAPUAVA, 2004c, p.30) em fevereiro de 2004 a SMS promoveu o curso de interpretação de eletrocardiograma. Nesta ocasião, além da melhor resolutividade na rede básica, se buscava a pactuação de protocolo de dor torácica entre a rede e o ambulatório do hospital filantrópico de referência em hemodinâmica (GUARAPUAVA, 2004i).

Juntamente com uma re-estruturação da rede básica e especializada era necessário dar nova conformação ao atendimento prestado pela unidade pré-hospitalar fixa. A criação dos cargos de médico generalista de pronto atendimento e de técnico de enfermagem logrou-se êxito renovar o quadro de médicos responsáveis pelo referido atendimento, de modo que no período das 7:00 às 19:00 horas passaram a atuar em conjunto dois profissionais em turnos de 4 horas, um pediatra e um médico generalista (GUARAPUAVA, 2003a). Após as 19:00 horas seguia uma escala de plantão com a incorporação de novos plantonistas. Esta alteração envolvendo estrutura de recursos humanos era necessária no sentido da mudança do processo implementado historicamente na Urgência Municipal

A presença de enfermeiro de nível superior na urgência passou a ser obrigatória, com profissionais fixos no período diurno e escala de plantão noturno. Foi uma alteração que envolveu estrutura e processo e forma conjunta e foi acompanhada de disponibilização de E.C.G. 24 horas por dia e aberta uma farmácia na unidade de urgência no período diurno. Posteriormente este atendimento foi estendido até às 20:00 horas (GUARAPUAVA, 2003a, 2004c).

Os esforços de humanização do atendimento na urgência resultaram em freqüentes tensões devido à demanda por serviços típicos da atenção básica, em especial aqueles relativos a consultas eletivas de pediatria.

A urgência municipal estava localizada no andar térreo de edificação antiga com três pavimentos. Esta não apresentava possibilidades de readequação e necessitava de urgentes reparos, conforme dossiê do HumanizaSus: "Trata-se de uma edificação antiga, sem maiores possibilidades de adequação de estrutura para dar conta dos parâmetros explicitados na portaria GM 2048/2002 de novembro/2002"(GUARAPUAVA, 2004c, p. 31). Nos outros pavimentos estavam o

Centro Municipal de Especialidades (CME), Centro Regional de HIV/AIDS e DST e administração.

Conforme anteriormente referido, em novembro de 2003, á havia sido qualificado o projeto de implantação do Serviço de Atendimento Móvel a Urgências, SAMU – 192. Neste, estava prevista as adequações da Central de Regulação e Despacho de Veículos e da Unidade Pré-Hospitalar Fixa.

Esta ampliação de estrutura deveria ser custeada pelos recursos do PROESF (GUARAPUAVA, 2003j) e do próprio SAMU – 192 (GUARAPUAVA, 2003a). Com o atraso da liberação de ambos os projetos, e com a aproximação do pleito municipal, a administração municipal locou um estabelecimento hospitalar recentemente desativado. Era estratégia de caráter temporário até que as obras definitivas fossem entregues. Outro aspecto positivo era a possibilidade de desocupação do andar térreo do “postão” para uma progressiva reforma, com pintura, adequação de banheiros para pacientes deficientes e consertos de calhas, elétricos e hidráulicos.

Na ata do CMS, em março de 2004, esta estratégia foi assim resumida:

[...] para deliberarem sobre o pedido de paralisação das atividades do Hospital São João – José Techy, conforme correspondência entregue na reunião do Conselho Municipal de Saúde. [...] Diante dessa situação só cabe ao município tentar viabilizar uma saída para esta situação [...] relata da reforma que teremos que realizar em breve na parte inferior da Unidade Centro Municipal de Atendimento (Postão). Aliado a esta nova realidade, a equipe da SMS apresentam a possibilidade de locação das instalações do Hospital São João, em determinado período, com vistas a suprir a deficiência dos atendimentos no Postão por ocasião desta reforma, e em consequência do pedido de fechamento do Hospital São João, após apresentada inicialmente a esta Comissão, será amplamente discutida. Ocorre ainda a possibilidade de vir a integrar nas instalações do hospital, o ambulatório de AMPDS, o ambulatório do PROSAM , pois os mesmos estão hoje em locais com pagamento de aluguel. Ainda pode haver a inclusão do COAS, para que também possa ser melhor utilizado dentro da estrutura que o Hospital São João possui. Após vários comentários de todos os presentes, onde a comissão acha bastante interessante e razoável a possibilidade de locação do prédio do Hospital São João pelo município, em tempo determinado [...] (GUARAPUAVA, 2001f, p 41-42)

A estratégia de locação do espaço permitiu uma série de adequações nas estruturas de instalações físicas da atenção especializada e da atenção às

urgências. Foram mudanças que permitiram a quebra da imagem negativa associada à urgência no “postão”

Toda a movimentação em torno do CME e Urgência Municipal passou a ofuscar o principal fator determinante que era a própria expansão do PSF. Em final de março de 2004, uma nota jornalística da administração municipal procurava resgatar a importância da expansão que seguia o curso pré-determinado (GUARAPUAVA, 2004h):

A Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava implanta nesta segunda-feira (22/03), a 29ª equipe completa do Programa Saúde da Família (PSF). O bairro contemplado será o Parque das Árvores, sendo que a unidade integrará o Pólo Bonsucesso, que conta ainda com os postos de PSF do Recanto Feliz, Cristo Rei, Bonsucesso 1 e Bonsucesso 2 (São Cristóvão)[...] o objetivo da administração municipal é proporcionar ao paciente melhor atendimento, maior comodidade e facilidade de locomoção. [...] Este projeto é inovador em seu aspecto de relação interativa entre os profissionais e as comunidades, buscando a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

A proposta inicial de expansão da atenção básica acabou por desdobrar-se nas seguintes ações: re-estruturação da atenção especializada, re-definição da atenção às urgências, ampliação do controle social via conselhos, especialmente conselhos locais, e ouvidoria da saúde. Toda esta remodelagem da SMS identifica o potencial transformador do PSF e passou a exigir uma alteração do organograma da SMS. A mudança buscava dar conta de:

- aspectos legais com o caso da ouvidoria de saúde e coordenação municipal de urgências;
- aspectos organizacionais definindo hierarquia e atribuições entre os níveis de atenção e divisão de atividades meio e finalísticas em saúde;
- aspectos relativos à remuneração de pessoas investidas em funções chaves no processo que, pela respectiva dedicação, precisavam ter proventos valorizados.

Em justificativa de projeto de lei encaminhado à câmara municipal, a estrutura administrativa da SMS precisava ser alterada em decorrência das seguintes características (GUARAPUAVA, 2004j, p1):

[...] esta estrutura, em decorrência da grande evolução apresentada nos últimos anos pelo setor saúde, passou por uma adaptação no respectivo processo de trabalho para que fosse possível dar conta das demandas que lhe são inerentes. Apesar deste esforço constantemente empenhado, a atual estrutura administrativa da Secretaria de Saúde é compartimentalizada e, por esta razão, dificulta o estabelecimento de uma prática sanitária que contemple ações integrais de saúde. A distribuição em alguns departamentos por categoria profissional, p. ex. departamentos de enfermagem, médico e odontológico, dificulta a perspectiva de uma prática interdisciplinar, pré-requisito para o cumprimento das metas propostas pelo Ministério da Saúde em programas como Saúde da Família e Saúde Bucal. (GUARAPUAVA, 2004, p.)

Os departamentos do novo organograma da SMS foram criados através de lei municipal 1313/04 (GUARAPUAVA, 2004k), cuja estrutura básica está representada no quadro constante no anexo C. As divisões foram definidas em decreto executivo publicado em data posterior (GUARAPUAVA, 2004l). Os departamentos e divisões propostos foram inspirados no organograma do MS e organizados de forma inédita no município, destacando-se:

- Departamento de Gestão Participativa: inclui as divisões de ouvidoria da saúde e de acompanhamento de órgãos colegiados. Este departamento é caracterizado pela participação popular, especialmente via Conselhos Locais de Saúde, na proposição de ações e controle de qualidade dos serviços de saúde. Por outro lado é responsável pela mobilização da população em um esforço de participação na produção da própria saúde.
- Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: responsável por desencadear o processo de educação permanente em saúde voltado para os profissionais de saúde em diferentes níveis de formação e para a população.

Houve um atraso importante de 6 meses entre a aprovação da lei da reestruturação administrativa da SMS e o respectivo decreto estabelecendo as divisões. Este atraso, pela proximidade das eleições, impediu a nomeação de algumas chefias, diminuindo a efetividade da proposta do novo organograma que fora implantado de fato, uma vez que todos os departamentos e divisões estavam funcionando em fevereiro de 2004, porém não de direito (GUARAPUAVA 2004a).

Outro importante atraso envolveu a utilização dos recursos do PROESF relativos à primeira liberação para o município. Eram recursos da ordem de R\$ 290.000,00 para os quais foram autorizados processos licitatórios a partir de 20 de fevereiro de 2004. A estes recursos foram adicionados contrapartida municipal de R\$ 169.510,79. O montante de R\$ 459.510,79 foi utilizado para reforma e readequação de 10 unidades de saúde (Pólos Bela, Bonsucesso, Boqueirão, Carli, Morro Alto, Primavera e PSF Campo Velho, Santa Cruz, Santana e Xarquinho), reforma e ampliação do PSF São Cristóvão e PSF Jordão e para reforma e adaptação da Urgência Municipal no andar térreo da sede da SMS (GUARAPUAVA, 2003j).

O tempo decorrido entre a liberação dos recursos e o início das obras foi de 6 meses. O atraso fez com que a maior parte das obras fosse entregue apenas no final do ano. A adaptação da urgência municipal não foi finalizada até o final da administração (GUARAPUAVA, 2001f). Este atraso pode ser atribuído a uma série de dificuldades relativas à interface de relacionamento da SMS e outros setores da administração municipal evidenciando as diferenças de ritmo de trabalho e expondo, na administração, a priorização de determinados setores em detrimento de outros.

Esta afirmação encontra eco no fato de ter sido necessária a nomeação de engenheiro civil específico para acompanhamento das obras da SMS, lotado na

Divisão de Manutenção do Departamento Administrativo da SMS, uma vez que a Secretaria de Obras não poderia disponibilizar profissional com dedicação necessária (GUARAPUAVA, 2004a).

Durante a execução das obras do PROESF todas as US abrigavam ESF e outros profissionais de saúde, com exceção do PSF São Cristóvão e da “nova” Urgência Municipal.. Como o estado de conservação das edificações era bastante precário, o atraso certamente resultou em perda de qualidade nos serviços prestados. Outro aspecto a ser considerado é que as obras aconteciam em pleno período eleitoral, gerando desgaste adicional para as ESF e população em um período caracterizado pelo aumento de demanda e pressão.

No caso da Urgência Municipal o atraso não representou prejuízo, ao menos do ponto de vista assistencial, em função da adaptação do estabelecimento hospitalar locado como sede temporária da Urgência e, na seqüência, como central de despacho e regulação do SAMU – 192 (GUARAPUAVA, 2003a).

Na realidade a utilização do referido espaço foi vital para que em setembro de 2004 fosse implantado o SAMU no município. A disponibilização do serviço representou uma importante ampliação na estrutura de financiamento, recursos humanos, veículos e equipamentos para atenção às urgências no município. Também houve uma transformação importante de processo através da regulação médica, que auxiliava na integração e avaliação da rede, a através da qualificação dos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem das ESF que integravam o SAMU, mediante educação permanente. O resultado imediato era a satisfação dos usuários atendidos pelo serviço e a redução de morbi-mortalidade.

Todas estas vantagens foram amplamente divulgadas e com maior importância pelo fato de ser o terceiro serviço implantado no Estado, colocado à frente de municípios de maior porte. Em nota jornalística da administração municipal fica claro o sentimento em relação ao serviço (GUARAPUAVA, 2004m):

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), de Guarapuava, foi lançado no início da noite desta quarta-feira (22/09), no Terminal da Fonte e está capacitado para prestar serviço de socorro pré-hospitalar móvel que chega rapidamente às pessoas, em qualquer lugar que se encontrem, após um acidente ou qualquer problema de saúde urgente que possa levar ao sofrimento ou até mesmo à morte [...] o prefeito lembrou que esta é mais uma parceria que vem para beneficiar a população. “Vamos poder atender com dignidade, com profissionais capacitados para salvar vidas, reduzindo os óbitos, o tempo de internação em hospitais e também as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce”, explicou.)

Nesta época era finalizada a obra de reforma do prédio da antiga urgência municipal, denominado postão. Após a reforma realizada com recursos próprios, a edificação passou a ser exclusivamente sede de serviços especializados e por isto denominada de CME. Também foram adquiridos novos móveis para o CME com o intuito de melhorar o ambiente de trabalho.

A construção de um protocolo de referência, fruto de sucessivas reuniões com enfermeiros das ESF e a chefia da divisão de atenção especializada (GUARAPUAVA, 2004a, 2004b) com centralização da marcação de consultas tanto da rede própria, quanto no consórcio, em uma única central foi uma importante mudança de processo relativo à atenção especializada. Esta mudança de processo otimizou o aproveitamento das consultas disponibilizadas, diminuindo perdas e filas de espera.

Outro compromisso da SMS era a regularização de incentivos repassados aos integrantes das ESF, médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos em higiene dental, auxiliares de consultório dentário, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (GUARAPUAVA, 2001d, 2001e, 2004a, 2004b)

através da criação de gratificação específica. Esta ação, além da necessidade de articulação política, dependeu da disponibilidade de recursos financeiros adicionais em função do acréscimo às despesas correntes da atenção básica pela extensão do benefício aos ACS contratados pelo regime geral de previdência social (RGPS). Por outro lado, o potencial acréscimo de governabilidade ao projeto, pelo respaldo obtido junto às ESF foi determinante na aprovação da lei específica em meados de 2004 (GUARAPUAVA, 2004n).

Nesta mesma lei havia a proposição de avaliação mensal individual e da equipe como forma de justificar o recebimento da gratificação: “para a percepção da Gratificação de PSF, deverão os servidores supracitados submeter-se ao regulamento específico, definido por Decreto do Chefe do Poder Executivo Municipal” (GUARAPUAVA, 2004n, p.1). Desta maneira, partir da competência junho de 2004, os integrantes das ESF, inclusive SB, passaram a receber a respectiva gratificação. Com a medida houve uma diminuição da tensão entre ACS admitidos por concurso público e por teste seletivo (GUARAPUAVA, 2001d, 2001e e 2004b). O processo de avaliação, apesar do dispositivo legal, não se tornou um processo sistemático.

Na atenção básica foram sendo implantadas ESF à medida que médicos da rede aceitavam o aumento das respectivas cargas horárias ou eram feitas contratações em caráter de urgência para suprir situações de necessidade (GUARAPUAVA, 2004a). Algumas destas contratações aconteceram no último trimestre de 2004, após resultado das eleições municipais, evidenciando uma prática diferente daquela, comum a vários municípios, de “desmontar” a estrutura de RH do PSF após resultados eleitorais, sob a alegação de contingenciamento de recursos para cumprimento da lei de responsabilidade fiscal. No contexto, denota-se o

compromisso com o projeto de expansão, apesar da descontinuidade na administração.

Em dezembro de 2004 foi constituída a 33ª ESF, cumprindo em linhas gerais o projeto delineado em dezembro de 2002. Apesar do alcance da situação projetada para constituição de ESF, em relação às equipes similares não houve o mesmo desempenho.

Das 8 equipes similares, originalmente previstas, há apenas o registro de no máximo duas equipes similares atuando em breves períodos de tempo em áreas diferentes. Estas representavam uma adaptação local à estrutura de RH e diversidade epidemiológica de risco entre as áreas de atuação das equipes (GUARAPUAVA, 2003j, p. 7):

A opção pela implantação de equipes similares decorreu da necessidade de adequação de recursos humanos, pré-existentes no quadro de pessoal, impossibilitados da dedicação integral. As equipes similares serão constituídas em áreas de menor risco de modo que a respectiva população, uma vez adscrita à equipe similar, receba a atenção de modo adequado, evitando a possível sobrecarga para as equipes de saúde da família de áreas vizinhas caracterizadas como de maior risco.

As equipes similares, embora necessárias nas áreas de menor risco, não se tornaram realidade em função da adesão de médicos da rede ao PSF acima das expectativas originais. Por outro lado, um número significativo de profissionais, deixou de integrar, por diferentes motivos, o quadro de RH da SMS (GUARAPUAVA, 2004a).

Como consequência e em paralelo à expansão do PSF no município, foi adotada uma estratégia de expansão do Programa Saúde Bucal (SB). No período foram implantadas 21 Equipes de Saúde Bucal (ESB), totalizando 24 ESB em dezembro de 2004. Também foi credenciado pelo MS o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO – Municipal, em outubro de 2004 (GUARAPUAVA, 2004a).

Esta interessante evolução da odontologia no município, embora tenha influído e sido influenciada pela expansão do PSF não foi focalizada no presente estudo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O município estudado apresentava indicadores epidemiológicos e dados da organização de serviços que mostravam a necessidade de uma estratégia de estruturação da atenção básica de saúde, envolvendo acesso, integralidade, resolutividade e participação comunitária. As propostas do relatório da V Conferência Municipal de Saúde, em 2001, apresentavam os mesmos indicativos. Neste contexto, a expansão do Programa Saúde da Família em Guarapuava, ocorrida entre dezembro de 2002 e dezembro de 2004, objeto do presente estudo, representou uma resposta da administração no sentido de impactar indicadores, embasar a re-estruturação do serviço municipal de saúde e atender o anseio dos eleitores e munícipes em geral.

Para que isto acontecesse seria necessária a re-estruturação do serviço público de saúde como um todo, com reflexos em toda rede própria, contratada e conveniada. Mudanças pontuais não seriam suficientes para cumprir o objetivo proposto. Esta visão de processo encadeado de transformação, envolvendo toda a rede municipal a partir da rede básica, sempre foi a tônica do direcionamento dado pelo prefeito municipal e secretário de saúde da época, a revelia dos demais secretários, ao proporem o PSF como estratégia estruturante.

As experiências municipais na área de saúde envolviam, até aquela data, ações bem sucedidas, porém pontuais. Paralelamente, dificuldades de custeio e política de recursos humanos desfavoráveis à organização dos serviços de saúde e

até impopulares, focadas preponderantemente nos interesses das categorias profissionais de saúde, tornavam a SMS foco de constante dificuldade de relacionamento com outras secretarias da administração municipal.

Por outro lado, o histórico de experiências bem sucedidas em programas de mobilização comunitária em outros setores (SEBRAE, 2001) certamente facilitou o processo de decisão do prefeito municipal em relação ao PSF, uma vez pressupunha um processo de ampliação da participação comunitária e controle social.

A possibilidade de co-financiamento pelo aporte de recursos financeiros da União foi também condição determinante da opção pelo PSF. O histórico de desequilíbrio financeiro nas contas da SMS de uma certa forma facilitou o relacionamento com a equipe de planejamento à medida que se ampliou a capacidade de governo com os resultados incipientes.

Outra característica importante do modelo era a dedicação em tempo integral que exigiria uma re-pactuação de horários no quadro de servidores da administração como um todo, a partir da SMS. Seria a possibilidade de correção de uma liberalidade para com os recursos humanos que não havia melhorado a produtividade do sistema e ainda gerava desgaste junto à população. Esperava-se que esta re-pactuação de horários e a renovação do quadro, produzisse um novo estímulo ao *staff* da secretaria com ganhos de qualidade e resolutividade nas respectivas ações junto à população e ao próprio processo de planejamento.

Outro aspecto interessante era o tempo político vivido pela administração, na época completando o sexto ano de governo municipal. O contexto era de proximidade das eleições e fim do mandato com constante balanço do que havia sido alcançado e as conquistas ainda a serem realizadas. Este tempo parece ter

sido o catalisador de necessidades e oportunidades, determinando, a proposição de um projeto de governo para a saúde, inédito e com potencial de transformar toda a rede, em uma espécie de esforço redentor.

Com a imagem objetivo a ser alcançada relativamente definida, foi necessário iniciar o processo de planejamento estratégico para indicação do caminho a ser percorrido ao longo do projeto. Parte deste planejamento, a utilização de diagnóstico envolvendo um referencial teórico de territorialização, com estimativa rápida participativa, foi um diferencial importante para o projeto, ampliando a capacidade de governo, norteando o processo de implantação e minimizando erros ao longo da implantação. Adicionalmente, as alianças técnicas com MS e SESA fortaleceram o projeto, ampliando a governabilidade.

Um projeto vanguardista, via de regra, envolve maior ou menor dose de sonho e otimismo. Este cenário, desde a fase de planejamento até a implementação, no cotidiano do relacionamento com as demais secretarias da administração, acabou por ser transtornado e, em algumas situações, prejudicado pelo descompasso e resistência de alguns setores da administração municipal. Por outro lado, o contexto macro de uma região com baixa capacidade de atração de profissionais de saúde, especialmente médicos também prejudicou o ritmo de implantação do projeto.

Vencer estas dificuldades e até torná-las oportunidades de acúmulo de poder, fez parte de todo o planejamento estratégico da SMS. Vale lembrar que este planejamento seria inócuo, não fosse a firmeza de propósito em relação ao projeto, marca do Prefeito Municipal.

A expansão do PSF determinou um significativo aumento do volume de recursos gastos na saúde do município, com ampliação das despesas pagas em

56,2%, na comparação entre 2002 e 2004. Isto ocorreu através do investimento de recursos próprios de município, evoluindo o percentual de aplicação segundo Emenda Constitucional nº 29, de 14,3 % para 15,6%. Este acréscimo de 1,3% envolveu significativo volume de recursos. O aumento na proporção de 9,3% só aconteceu graças à expansão das receitas vinculáveis no período. Outra importante fonte financiadora foi a União que respondeu por um aumento de 124% do total de recursos para o município, 107% destinados à atenção básica.

Além da ampliação do quantitativo de recursos gastos na saúde, estão documentados, na descrição histórica, vários processos no sentido da eficiência alocativa de recursos financeiros. A própria opção de investimento na atenção básica apresenta referencial teórico que sustenta a hipótese de ganho de eficiência no contexto (STARFIELD, 2002d), a ser comprovado em estudo posterior.

A estrutura de recursos humanos mudou significativamente na comparação entre os momentos. Esta evolução envolveu o aumento quantitativo no número de profissionais e nas horas de dedicação daqueles pré-existentes. Por outro lado, novas categorias profissionais foram incluídas no processo de trabalho e houve redistribuição de RH, de diversas categorias, nos diferentes níveis de atenção, ações indicativas de mudanças qualitativas na rede.

A limitação da oferta de médicos para o PSF se constituiu no principal nó crítico para implantação acelerada das ESF. A necessidade de implantação paulatina e conseqüentes dificuldades de processo, especialmente na gestão de recursos humanos, certamente comprometeram o impacto da expansão no curto prazo. Por outro lado, a disponibilização de cirurgiões dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos para trabalho descentralizado, integrado

ao da equipe mínima do PSF, representou o esforço de dar estrutura para uma prática multiprofissional e interdisciplinar de ações de saúde integrais e resolutivas.

A estrutura física implantada no município era insuficiente e mal distribuída e estava, via de regra, em precário estado de conservação. Na comparação entre os momentos, houve aumento de unidades de saúde descentralizadas com o objetivo de ampliar o acesso e ao mesmo tempo favorecer a adscrição da clientela. Com recursos próprios e advindos do PROESF, toda a rede básica foi reformada e, em alguns casos, ampliada. Este esforço não ficou restrito a rede básica, alcançou a administração da SMS, a atenção especializada, com a criação do CME e readequação de AMPDS, Centro Regional de HIV/AIDS e CAPS II, e a atenção as urgência com a nova unidade pré-hospitalar fixa.

A estrutura de transporte de equipes de saúde e pacientes aumentou apenas 36,1% no computo geral. Já os veículos destinados exclusivamente ao PSF dobraram na comparação entre os momentos, representando exatamente a metade do acréscimo de ESF. Um importante agravante foi o atraso na aquisição dos veículos. Este déficit estrutural foi alvo de freqüente discussão em conselhos locais de saúde e reuniões de coordenação pelo fato de restringir o processo de trabalho das ESF.

A estrutura de referência especializada aumentou em 57% o número de consultas especializadas realizadas, comparando-se 2002 e 2004. Este acréscimo foi conseguido à custa da rede própria, em função de adequações em instalações físicas e redistribuição de recursos humanos, especialmente o aumento na quantidade de horas de dedicação de médicos especialistas (71,4%). Apesar do aumento, a demanda reprimida de consultas em algumas especialidades, ofertadas

exclusivamente no CIS, foi intensificada como desdobramento natural da expansão da atenção básica.

As ampliações nas redes básica, especializada e de urgências geraram importante demanda por exames complementares. Houve um aumento na quantidade de exames realizados no sistema, especialmente através da ampliação de serviços próprios. Exames de maior densidade tecnológica passaram a ser ofertados mediante aquisição de serviços. Em dezembro de 2004 a demanda reprimida se concentrava em exames de maior custo.

Na estrutura de assistência farmacêutica foram ampliados em 41% os recursos financeiros aplicados, comparando-se os anos de 2002 e 2004. A aquisição de medicamentos foi feita através de licitação tipo tomada de preços com importantes ganhos de escala. A integração do almoxarifado com a rede básica foi alvo de freqüentes reuniões entre chefia da divisão de atenção básica e responsável pelo setor e a própria farmácia municipal foi colocada em anexo à unidade de urgência, com ampliação do horário de atendimento. Apesar destes esforços, nas avaliações de reuniões de CMS e CLS, a assistência farmacêutica foi considerada insuficiente, sendo freqüentemente objeto de crítica em alguns meios de comunicação, se constituindo em uma espécie de ponto de fragilidade no processo de expansão.

A evidente ampliação de diferentes itens de estrutura relacionados à expansão do PSF não permite ver a complexa re-estruturação sofrida pela própria estrutura administrativa da SMS. Esta reformulação se consubstanciou legalmente com a aprovação do novo organograma, porém foi acontecendo de fato em um processo de adaptação para dar suporte às ações finalísticas no relacionamento com o usuário do sistema de saúde em atividades meio. As estruturas das

divisões de informática, de insumos, transportes, recursos humanos, financeira e manutenção, integrantes do Departamento Administrativo na Secretaria, embora significando duplicações de estruturas já existentes na administração municipal, foram a única maneira encontrada para fazer frente às demandas crescentes da ampliação da frente assistencial. Nestes casos eram evidentes os descompassos entre necessidades e ritmo de resposta das estruturas centralizadas na administração municipal, motivo da referida duplicação.

A maciça adoção do prontuário individual cadastrado em uma lógica familiar, o aumento de cobertura de visitas domiciliares pela sistemática do SIAB e a ampliação de cadastros individuais no SIAB em um movimento de aproximação da média de cobertura preconizada pelo MS, são indicativos do compromisso com a estratégia do PSF e emprego dos respectivos processos.

Em relação ao aumento de cobertura de vistas domiciliares é interessante ressaltar que este ocorreu graças ao aumento do quantitativo de visitas realizadas por todas as categorias profissionais. No entanto, estes aumentos ainda são inferiores aos esperados em relação ao aumento de ESF e em relação ao aumento de 253,6% de pessoas cadastradas no SIAB, exceto para visitas por outros profissionais de saúde.

O total de consultas médicas de PSF aumentou em 195,9%, proporção inferior ao referido aumento de cadastros. Isto determinou a queda de 16,3% na cobertura de consultas médicas de PSF para a população adscrita. Também houve redução, em menor magnitude, 8,0%, na cobertura de consultas médicas nas clínicas básicas pela sistemática de cálculo do SISPACTO. Mais do que indicativo de baixa produtividade, as referidas quedas de cobertura são subprodutos do processo paulatino de implantação das equipes. Por outro lado, a redução das

consultas de urgência, apesar de toda a ampliação no nível específico, sugere uma maior adscrição da clientela às respectivas equipes e resolutividade nas consultas médicas do PSF, apesar da menor cobertura.

Não visualizados no modelo Donabedian, porém, extremamente importantes, são alguns processos documentados na descrição histórica que merecem menção:

- o estreitamento de referência e contra-referência entre especialidades básicas e CME com base nas propostas das tutorias e respectivos protocolos;
- o processo de ampliação do controle social e participação comunitária através dos CLS;
- o processo de educação continuada estabelecido como passo para a educação permanente em serviço.
- o incipiente processo de avaliação das ESF como base para recebimento de gratificação aliado ao processo de acolhimento de sugestões, reclamações e denúncias da ouvidoria da saúde e posteriores desdobramentos em correções e ajustes.

Na avaliação de processos os itens escolhidos retratam situações que apontam o compromisso com o modelo assistencial do PSF, marcadas, contudo, pelas limitações impostas por deficiências estruturais, incipiência do programa no município e grau crescente, porém lento, de implantação do PSF, com tardia homogeneidade de cobertura.

Em relação aos indicadores de resultado houve piora na comparação entre os anos de 2002 e 2004, nos indicadores de cobertura de gestantes com mais que 6 consultas de pré-natal, coeficiente de internações no SUS por doença diarreica em menores de 5 anos e coeficiente de internações no SUS por infecções respiratórias agudas em menores de 5 anos. Em compensação, o coeficiente de mortalidade

infantil apresentou inédita e significativa redução na comparação de 2002 e dados preliminares de 2004.

A atenção pré-natal em 2004 apresentou uma redução de 18,8% no número de gestantes com mais que 6 consultas de pré-natal. É bastante significativa esta redução, e sugere perda de qualidade da atenção pré-natal. Podendo indicar a incoordenação entre a especialidade básica da obstetrícia e as ESF, apesar do esforço das tutorias e respectivo protocolo.

Os coeficientes de internações por doença diarreica e infecção respiratória aguda no SUS em menores de 5 anos aumentaram em 15,3% e 29,1% respectivamente. Por se tratarem de patologias sensíveis a cuidados ambulatoriais, estes aumentos são indicativos de menor resolutividade na rede básica.

A resolutividade pode ter sido afetada por diferentes fatores. Em geral o caminho mais simples de raciocínio é a responsabilização do profissional ou equipes, que, quando confirmado, tem a ver com a eficácia da ação de saúde. A incapacidade de estabelecer ações integrais é outro determinante de perda de resolutividade. Neste caso, a deficiência relativa à assistência farmacêutica, anteriormente pontuada, pode ter contribuído para o aumento das internações.

Na avaliação de processo foi identificada uma importante redução de consultas de pediatria apesar da ampliação de estrutura de RH na especialidade. Por outro lado, na especialidade houve resistência de alguns profissionais à proposta de inter-relação com as ESF. Esta restrição de acesso à especialidade combinada com a ampliação de consultas com enfermeiros e médicos generalistas pode ter determinado deficiências no diagnóstico e tratamento das patologias.

Esta situação, aliada ao suprimento irregular e insuficiente de medicamentos básicos, pode ter aumentado o número de internações.

Outro aspecto que merece ser lembrado, porém de difícil análise, é que, em no período, dois estabelecimentos hospitalares ampliaram os atendimentos em pediatria, enquanto outro encerrou as respectivas atividades e outro voltou a trabalhar. Estas mudanças na oferta de leitos pediátricos pode ter interferido nos dois indicadores anteriormente citados.

O coeficiente de mortalidade infantil foi o único indicador de resultado com evolução favorável. Reproduzindo os recentes achados divulgados pelo MS, o coeficiente de mortalidade infantil foi reduzido em 33% na comparação entre os anos de 2002 e 2004. Dados preliminares de 2004 indicam um CMI de 19,3 óbitos infantis a cada 1000 nascidos vivos. Em termos absolutos, é um número inferior à média regional (22,3‰) e superior à média estadual (16,5‰), em ambos os casos tomando por base o ano anterior. Na análise da média histórica do indicador para o município a redução do CMI representa um importante avanço tendo em vista os elevados valores sustentadamente mantidos nos anos anteriores. Em 2003 o CMI já havia reduzido significativamente (28,9%), em relação a 2002.

A análise conjunta dos indicadores de resultado resulta em alguns questionamentos com necessidade de estudo posterior, mais detalhado:

- a importante redução do CMI (33,0%) e, de modo mais pronunciado, no coeficiente de mortalidade neonatal (36%), apesar da piora do indicador relativo à atenção pré-natal.
- a importante redução do CMI em associação com a oferta diferenciada de leitos pediátricos e a piora dos coeficientes de morbidade hospitalar pelo SUS por patologias sensíveis a cuidados ambulatoriais.

A estes questionamentos decorrentes da organização local dos serviços de saúde, ainda podem ser acrescentados outras questões relativas a variáveis intervenientes não consideradas com potencial influência no CMI.

A expansão do PSF em Guarapuava alcançou importantes avanços nos itens de estrutura pontuados, em que pese questionamentos a respeito da suficiência dos referidos avanços e da oportunidade. Em relação ao processo, a expansão do PSF manteve uma direção compatível com a proposta do MS, de modo que todo o sistema municipal foi modificado em função da referida expansão. As inconsistências encontradas na avaliação de processo podem ser atribuídas ao curto período de observação e a implantação parcial da estratégia. A avaliação de resultado envolve análises mais complexas. Algumas dificuldades em estrutura e processo podem justificar desempenhos desfavoráveis de 3 indicadores pesquisados. No entanto a importante redução do CMI é um forte argumento, com apoio a literatura especializada, em favor da expansão do PSF.

O presente estudo de caso pôs em evidência uma experiência municipal de expansão do PSF onde foi possível uma avaliação no modelo Donabedian investigando sistemicamente estrutura, processo e resultado. Por outro lado, a descrição histórica acrescenta informações interessantes à avaliação.

Em função da reconhecida complexidade relativa à avaliação de programas de saúde, espera-se que o presente tenha contribuído e sirva como motivação para estudos futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, n.2, p.233-242, abr.-jun. 1996.

ADRIANO, J. R.; WERNECK, G. A. F.; SANTOS, M. A.; SOUZA, R. C. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.53-62, 2000.

ALBERNAZ, E. P.; MENEZES, A. M. B.; CESAR, J. A.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; HALPERN, R. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-neonatal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 485-93, ago. 2003.

ARAH, O. A.; KLAZINGA, N. S.; DELNOIJ, D. M. J.; TEN ASBROEK, A. H. A.; CUSTERS, T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 15, n. 5, p. 377-398, 2003.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO. **Programa das nações unidas para desenvolvimento** Disponível em : <[http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm)>. Acesso em: 10 set. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995. 225 p.

BENGUIGUI, Y. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): an innovative vision for child health care. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 1, n. 3, p. 223-36, set.-dez. 2001a.

_____. Perspectivas en el control de enfermedades en los niños: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 1, n. 1, p. 7-19, jan.-abr. 2001b.

BENICIO, M. H. D'A.; MONTEIRO, C. A.; PINO, Z. H. P.; RIO, E. M. B. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP Brasil, 1984-1985. IV. Doença diarreica. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, p. 23-8, 1987.

BENICIO, M. H. D'A.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da doença diarreica na infância na cidade de São Paulo (1984-1995). **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p.83-90, dez. 2000.

BERGEN, A.; WHITE, A. A case for case studies: exploring the use of case study design in community nursing research. **Journal of Advanced Nursing**, v. 31, issue 4, p. 926-929, abr. 2000.

*De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BOYCE, W. F. Influence of health promotion bureaucracy on community participation: a Canadian case study. **Health Promotion International**, v. 17, n.1, p. 61-68, 2002.

BRASEL, K. J.; WEIGELT, J. A.; CHRISTIANS, K. K.; SOMBERG; WIS, W. The value of process measures in evaluating an evidence-based guideline. **Surgery**, v. 134, n. 4, p. 605-610, oct. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.080/90 de 28 setembro de 1990. Art. 35. **Portal da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>>. Acesso em: 22 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.142/90 de 28 dezembro de 1990. **Portal da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/lei8142.htm>>. Acesso em: 22 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/1996. **Portal da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/nob96.doc>>. Acesso em: 22 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Aprova as Normas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família. Portaria/GM 1886 de 18 de dezembro de 1997. **Portal da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: 30 ago. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Estabelece sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao Programa Saúde da Família, parte integrante do Piso da Atenção Básica – PAB. Conforme cobertura populacional. Portaria nº 157/GM de 19 de fevereiro de 1998. **Portal da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/portaria/portaria.htm>>. Acesso em: 22 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Estabelece nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao Programa Saúde da Família, parte integrante do Piso da Atenção Básica – PAB. Portaria nº 1329/GM de 12 de novembro de 1999. **Portal da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/portaria/portaria.htm>>. Acesso em: 22 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF**: relatório preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de avaliação** – metodologia de avaliação dos subprojetos do componente I do projeto REFORCUS. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, 1999c. p. 11-17.

_____. Ministério da Saúde. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica** – Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Educação permanente. **Cadernos de Atenção Básica** - Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. 44 p.

_____. **Lei Complementar nº 101/2000** de 04/05/2000. 2000c. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/hp/lei_responsabilidade_fiscal.asp>. Acesso em: 30 de ago. 2004

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 36 p. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/psf01.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2004

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 227/GM**, em 16 de fevereiro de 2001. Aprova as orientações, normas e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, constantes do Anexo desta Portaria, com vistas à implantação e à operacionalização do referido Programa. Disponível em:<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/Gm/GM-227.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação do programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 228 p.

_____. Ministério da Saúde. **Análise de reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades**: padrões de custos e formas de financiamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 98 p.

_____. Ministério da Saúde. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. **Portal da Saúde**. 2003. 36p. Disponível em : <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/Documento%20revisado%20em%202%20de%20out.pdf> >. Acesso em: 01 dez. 2004.

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, **Portaria n.º 561/GM**, em 9 de maio de 2003. Habilitar os Municípios dos Estados de São Paulo, Maranhão, Pernambuco e Paraná, conforme o anexo desta Portaria, na condição de Gestão Plena da Atenção Básica - Ampliada e publicar os respectivos valores financeiros relativos à parte fixa do Piso da Atenção Básica- Ampliada - PAB-A. 2003b 3p. Disponível em : < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-561.htm>>. Acesso em: 01 dez. 2004.

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, **Portaria n.º 112/GM**, em 11 de fevereiro de 2003. Qualificar os Municípios descritos no Anexo II desta Portaria, dos Estados relacionados no Anexo I, a receberem os incentivos aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família. 2003c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-112.htm>>. Acesso em: 21 set. 2004

_____. Ministério da Saúde, DENASUS, **Conclusão de auditoria realizada por parte do Ministério da Saúde no município de Guarapuava (SIPAR 25000.076182/2001-18)**, Ofício n. 320 de 13/02/2003. Brasília, 2003d. (mimeo).

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 396/GM**, em 04 de abril de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. 2003e Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-396.htm>>. Acesso em: 21 set. 2004.

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 580/GM**, em 15 de maio de 2003. Qualificar o Município, descrito na tabela a seguir, para receber incentivo financeiro como Projeto Similar ao Programa Saúde da Família. 2003f. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-580.htm>>. Acesso em: 21 set. 2004.

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **PORTARIA n.º 1100/GM**, em 11 de julho de 2003. Aprova Convocatória Pública n.º 02/2003 para que Municípios apresentem Projetos Municipais de Expansão do Saúde da Família no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF. 2003g. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1100.htm>>. Acesso em: 21 set. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da família. **Portal da Saúde**. 2004a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 30 ago. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde**. Roteiros para Reflexão e Ação. Série C. Projetos, Programas e Relatórios Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho. **Portal da Saúde**. 2004c. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 30 ago. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Quanto Somos. **Portal da Saúde**. 2004d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilhpsf_agosto_2004.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus**. 2004e. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.ez?sih/cnv/mipr.def>>. Acesso em: 01 set. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. População residente. **Datasus**. 2004f. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poppr.def>>. Acesso em: 01 set. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Saúde**. 2004g. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/visualizarFundoaFundo.asp?NU_CGC_ENTIDADE=76178037000176>. Acesso em 01 set. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Nota técnica 078/FNS** 2004h.

_____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Mortalidade. **Datasus**. 2004i.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sim/cnv/obtptr.def>>. Acesso em: 01 set. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade – qualificação da estratégia saúde da família. **Documento Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 86p. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 21 de 5 de janeiro de 2005 Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2005, constante no Anexo I desta portaria, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 66p. 2005b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2005/portaria21.pdf>> Acesso em: 01 de mar 2005.

_____. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade – qualificação da estratégia saúde da família. **Informe da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 29, p1-2. 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Uma avaliação do impacto do PSF sobre a mortalidade infantil. **Portal da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005d. Disponível em: <http://portalweb05.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias/detalhe.cfm?co_seq_noticia=16768>. Acesso em: 22 jun 2005

CAETANO, J. R. M.; BORDIN, I. A. S.; PUCCINI, R. F; PERES, C. A. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 285-91, jun. 2002.

CAMPOS, F. C. C. Gestão intergovernamental e financiamento do Sistema Único de Saúde: apontamentos para os gestores municipais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. 20 ed. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, 2001. cap. 4. p. 79-109.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C., CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.2, p.277-284, abr. 2005.

CESAR, J. A.; HORTA, B. L.; GOMES, G.; SHEHADEH, I.; CHITOLINA, J.; RANGEL, L.; SARAIVA, A. O.; OLIVEIRA, A. K. Utilização de serviços de saúde por menores de cinco anos no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 299-305, jan.-fev. 2002.

CHAIA, L.A. **Aplicação de técnicas da pesquisa operacional na tomada de decisões em gestão de obras públicas**. Dissertação de mestrado. 83 p. Curso de Pós-Graduação em Métodos Numéricos em Engenharia. UFPR, 2004.

CHATKIN, J. M.; HALPERN, R.; GIUGLIANI, E. R. J. Infecção respiratória aguda na criança. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1996. cap. 58. p. 333-340.

CIB-PR, Comissão intergestores bipartite do Paraná. **Ata/Resumo da 9ª Reunião Ordinária-2003** 11/11/2003 p.13 Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br:2080/Bipartit.nsf/fb2100bd48f6721183256cd4006c067b/c2c140a87a19357803256e5f0064c770/\\$FILE/ATA09.doc](http://www.saude.pr.gov.br:2080/Bipartit.nsf/fb2100bd48f6721183256cd4006c067b/c2c140a87a19357803256e5f0064c770/$FILE/ATA09.doc)>. Acesso em: 20/04/2005

COELHO, C. M. A.; ANDRADE, L. O. M. Impacto provocado pela implantação do Programa Saúde da Família sobre as ações dos agentes comunitários de saúde – o caso de Sobral/CE. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, ano V, n. 1, p. 159-167, jan.-mar. 2004.

COHEN, J. J. Transforming the size and composition of the physician work force to meet the demands of health care reform. **New England Journal of Medicine**, v. 329, n. 24, p. 1810-1812, dec. 1993.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS documenta. Atenção Primária. Seminário do CONASS para construção de consensos. **Cadernos de Informação Técnica e Memória do Progestores**, n. 2, p.1-43, 2004.

CONSTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29- 48.

CONSTANDRIOPOULOS, A. P. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 253-256, abr.-jun. 1999.

COSENDEY, M. A. E. C.; HARTZ, Z. M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z. Validação de uma ferramenta para avaliar a qualidade de serviços farmacêuticos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 395-406, mar.-abr. 2003.

DEEKS, J. J.; DINNES, J.; DÁMICO, R.; SOWDEN, A. J.; SAKAROVITCH C.; SONG, F.; PETTICREW, M.; ALTNAN, D. G. Evaluating non-randomised intervention studies. **Health Technology Intervention Studies**, v. 7, n. 27, p. 1-2, 2003.

DE TONI, J. O que é o Planejamento Estratégico Situacional? **Revista Espaço Acadêmico**, n. 32, jan. 2004. Disponível em:<<http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>>. Acesso em: 20/04/2005.

DI VILLAROSA, F. N. **A estimativa rápida e a divisão no distrito sanitário – manual de instruções**. Brasília: OPAS, 1993. 54 p.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**, Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980, 163 p.

_____. Some thoughts on cost containment and the quality of health care. **Administration in Mental Health**, v.13, n. 1, p. 5-14, 1985a.

_____. Twenty years of research on the quality of medical care 1964 -1984. **Evaluation and The Health Professions**, v. 8, n. 3, p. 243-265, sep.1985b.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115 -1118, nov. 1990.

_____. Reflections on the effectiveness of quality assurance. In: PALMER, R. H.; DONABEDIAN, A.; POVAR, G. **Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice**. Michigan: Health Administration Press, 1991. p. 61-128.

_____. Quality assurance in health care: consumers' role. **Quality in Health Care**, v.1, p. 9-10, 1992a.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, v.18, p. 356-360, nov. 1992b.

DONOHUE, M. T. Comparing generalist and specialty care: discrepancies, deficiencies, and excesses. **Archives of Internal Medicine**, v. 158, n. 15, p. 1596-1608, aug. 1998.

DONOHUE, M. T.; KRAVITZ, R. L.; CHANDRA, R.; CHEN, A.; HUMPHRIES, N. Reasons for and avoidability of referrals from generalists to specialists. **Journal of General Internal Practice**, v. 11, suppl. 1, p. 68, apr. 1996.

ELKAN, R.; BLAIR, M.; ROBINSON, J. Evidence-based practice and health visiting: the need for theoretical underpinnings for evaluation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 31, n. 6, p. 1316-1323, jun. 2000.

ENTREVISTA com o secretário municipal de Londrina, Paraná, sobre assuntos relacionados a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Opinião. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.549-553, 2002.

EVANS, D.; EDEJER, T. T.; LAUER, J.; FRENK, J.; MURRAY, C. J. L. Measuring quality: from the system to the provider. **International Journal For Quality In Health Care**, v. 13, n.6, p. 439-446, dec.2001.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul.- set. 2004.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.347-355, abr.-jun. 2005.

FERRIANI, M. G. C. **A inserção do enfermeiro na saúde escolar: análise crítica de uma experiência**. São Paulo: USP, 1991. 212 p.

FORREST, C. B. Primary care in the United States. Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? **British Medical Journal**, v. 326, n. 29, p. 693-695, mar. 2003.

FRIDLUND, B. The case study as a research strategy. **Scandinavian Journal Caring Science**, v. 11, n. 1, p. 3-4, jan. 1997.

GANDIN, D. **A prática do planejamento participativo**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 182 p.

GIL, C. R. R. Avaliação em Saúde. Universidade Estadual de Londrina. **Olho Mágico**, ano 5, n. 19, p. 23-25, jul. 1999.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, v.7, n.1, p.26-44, jan.-mar. 1991.

GOLDEMBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997. 112 p.

GUARAPUAVA, Secretaria Municipal de Saúde, **Relatório da V Conferência Municipal de Saúde**. Guarapuava, 2001a. 26 p. (mimeo).

_____. Secretaria Municipal de Saúde, **Agenda Municipal de Saúde**. Guarapuava, 2001b. 20 p. (mimeo).

_____. Secretaria Municipal de Saúde, **Plano Municipal de Saúde**. Guarapuava, 2001c. 121 p. (mimeo).

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Assistência a Saúde. Divisão de Atenção Básica. **Livro de registro das reuniões do PACS 2001 e 2002**. Guarapuava, 2001d. 32 p. (escrita manual).

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Assistência a Saúde. Divisão de Atenção Básica. **PSF Livro de Registro de Reuniões 2001/2002/2003**. Guarapuava, 2001e. 50 p. (escrita manual).

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde. **Livro de registro de reuniões do CMS 2001/2002/2003/2004**, Guarapuava, 2001f. (escrita manual).

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Equipe de planejamento e Coordenação PACS/PSF. **Estudo de viabilidade de expansão do PSF em Guarapuava**, Guarapuava, 2002a. 32p. e planilhas (mimeo).

_____. Secretaria Municipal de Saúde, **Relatório de Gestão – 2001**, Guarapuava, 2002b. 14 p. (mimeo).

_____. Secretaria de Administração Municipal. Procuradoria do Município. **Parecer jurídico sobre a legalidade dos incentivos do PSF**. Guarapuava, 2002d. 2p (mimeo).

_____. Secretaria Municipal de Saúde, **Projeto de implantação do SAMU- 192 municipal**. Guarapuava, 2003a. 61 p. e anexos.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Carta ao Ministério Público.** Guarapuava, 2003b. 5p. (mimeo).

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Equipe de planejamento e Coordenação PACS/PSF. **Projeto de expansão do PSF em Guarapuava.** Guarapuava, 2003c. 46p (mimeo).

_____. Secretaria Executiva do Município. Assessoria de Assuntos Comunitários. 6º Seminário de Planejamento Comunitário. **Relatório.** Tema: Plano de Expansão do PSF 3p. fev. 2003d.

_____. Assessoria de Comunicação. Release de 11/02/2003. **Guarapuava será modelo de saúde para o país.** Guarapuava, 2003e. (mimeo).

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de visita -** Dr. Newton Lemos, 10 a 12/02/2003. Guarapuava, 2003f. (mimeo).

_____. Assessoria de Comunicação. Release 10/03/03. **Secretaria de Saúde em novas instalações.** Guarapuava, 2003g. (mimeo).

_____. Secretaria de saúde. **Resposta ao questionamento.** Extinção da clínica municipal de fisioterapia. Protocolo 3026/2003. 2003h. 2p. (mimeo).

_____. Secretaria de saúde. **Ofício.** Solicitação à Secretaria de Administração solicitando contratação de médicos caráter urgência e readequação de carga horária de 28/05/2003. 2003i. 1p. (mimeo).

_____. Secretaria de saúde. **Projeto do PROESF Guarapuava.** Junho de 2003. 2003j. 60p. (mimeo).

_____. Secretaria de saúde. **Relatório da VI Conferência Municipal de Saúde.** Ago/2003. 2003k. 46p. (mimeo).

_____. Lei nº 026/2003. Cria cargos e vagas na estrutura administrativa do município de guarapuava e dá outras providências. **Diário Oficial do Município.** Ago. 2003l. 5p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Divisão de Atenção Básica, **Relatório da Evolução do PSF – 1998 a 2004.** Guarapuava, 2004a. 50 p. (mimeo).

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Assistência a Saúde. Divisão de Atenção Básica. **Livro ata PACS/PSF 2004.** Guarapuava, 2004b. 32p. (escrita manual).

_____. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Gestão Participativa. Divisão de ouvidoria. **Dossiê prêmio David Capistrano – HumanizaSUS.** Guarapuava, 2004c. 36p. (mimeo).

_____. Assessoria de Comunicação. Release 19/03/04. **Tutorias em pediatria e hebiatria**. Guarapuava, 2004d. 1p. (mimeo).

_____. Assessoria de Comunicação. Release 26/03/04. **Descentralização no atendimento**. Médicos do PSF recebem treinamento sobre Hanseníase Guarapuava, 2004e. 1p. (mimeo).

_____. Assessoria de Comunicação. Release 17/03/04. **Ouvidoria divulga relatório de atividades Guarapuava**, 2004f. 1p. (mimeo).

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da Ouvidoria Municipal de Saúde 2003/2004**. 2004g 5p. (mimeo).

_____. Assessoria de Comunicação. Release 17/03/04. **Guarapuava implanta 29ª equipe do PSF no Parque das Árvores**, 2004h. 1p. (mimeo).

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Atividades do Departamento de Educação Permanente**. dez/2004. 2004i. 8p. (mimeo).

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Justificativa da proposição de Lei alterando o organograma da SMS**. jan. 2004. 2004j 1p. (mimeo).

_____. Lei nº 1313/2004. Altera a redação do artigo 9 da lei 222/91 e o artigo 1 da Lei 385/93 da Organização Administrativa do Município de Guarapuava, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, jan. 2004. 2004k.

_____. Decreto nº 729/2004. Regulamenta os Órgãos da Estrutura Administrativa do Município de Guarapuava, criados pela Lei n. 1313/2004 e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, jun. 2004l. 4p.

_____. Assessoria de Comunicação. Release 17/03/04. **Guarapuava inaugura o SAMU - 192**, 2004m 1p. (mimeo).

_____. Lei nº 026/2004 Acrescenta inciso III ao artigo 22 da Lei 950/2000, criando gratificação de PSF e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**. jun. 2004m. 4p.

HANDLER, A.; ISSEL, M.; TURNOCK, B. A Conceptual framework to measure performance of the public health system. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 8, p.1235-1239, aug.2001.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 131 p.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999a.

HARTZ, Z. M. A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 229-260, abr.-jun. 1999b.

HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F.; LEAL, M. C.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliação do programa materno infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 19-28.

HARTZ, Z. M. A.; POUVOURVILLE, G. A avaliação da eficiência em saúde: a eficiência em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3, p. 68-82, 1998.

HUERTAS, F. **Entrevista com Matus**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

IBRAHIM, M. A. Epidemiology: applications to health services. **The Journal of Health Administration Education**, v. 1, p. 37-69, 1983.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **IBGE cidades**. Disponível em: <ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projeções_População/Estimativas_2003/>. Acesso em: 20 fev. 2004.

KASSIRER, J. P. Editorials. Access to specialty care. Editorials. **The New England Journal of Medicine**, v. 331, n. 17, p. 1151-1153, oct. 1994a.

KASSIRER, J. P. Editorials. The use and abuse of practice profiles. Editorials. **The New England Journal of Medicine**, v. 330, n. 9, p. 634-636, mar. 1994b.

KLUTHCOVSKY, F. Unicentro, **Projeto de intervenção na organização dos serviços de saúde de Guarapuava**, Guarapuava, 2001a, 4 p. (mimeo).

KLUTHCOVSKY, F. Unicentro. Projeto de Pesquisa, **Estudo do aleitamento materno em Guarapuava e fatores determinantes**, Guarapuava, 2001b, 13 p. (mimeo).

LAMY FILHO, F.; TONIAL, S. R. Avaliação e qualidade na área da saúde: definindo conceitos. In: ALVES, M. T. S. S. B.; SILVA, A. A. M. **Avaliação da qualidade de maternidades: assistência ao parto e ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde**. São Luís: UFMA, 2000. p. 13-15.

LASMAR, L.; GOULART, E.; SAKURAI, E.; CAMARGOS, P. Fatores de risco para hospitalização de crianças e adolescentes asmáticos. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 409-19, ago. 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 1985. 312 p.

LEUCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família** - construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar, v. 1, n. 1, p. 3-9, jan.-jun. 1996.

LONGO, D. R.; LAND, G.; SCHRAMM, FRAAS, J.; HOSKINS, B.; HOWELL, V. Consumer reports in health care: do they make a difference in patient care? **Journal of the American Medical Association**, v. 278, n. 19, p. 1579-1584, nov. 1997.

LUTHI, J. C.; DOLAN, M. S.; BALLARD, D. J. Evidence-based healthcare quality management in obstetrics and gynecology. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 41, n. 2, p. 348-358, jun.1998.

MACHADO, C. J.; HILL, K. Determinants of neonatal and post-neonatal mortality in the City of São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.6, n.4, p.345-358, dec. 2003.

MACHADO, C. J. Mortalidade infantil no Estado de São Paulo, 1999: uma análise das causas múltiplas de morte a partir de componentes principais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.7, n.1, p.11-21, mar. 2004a.

MACHADO, C. J. A literature review of Record linkage procedures focusing on infant health outcomes. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.362-371, mar.-abr. 2004b.

MANT, J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. **International Journal for Quality in Health Care**, v.13, n.6, p. 475-480, 2001.

MARQUES, R. M., MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? . **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, suppl, p.163-171, 2002.

MARTINES J.; PHILLIPS, M.; FEACHEM, R. G. Diarrheal diseases. The public health significance of diarrhea lowering disease incidence. In: JAMISON, D. T.; MOSLEY, W. H.; MEASHAM, A. R.; BOBADILLA, J. L. **Disease control priorities in developing countries**. Washington (DC): Oxford Medical Publications, 1993. p. 91-116.

MARTINS, M. A. Editorial, **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, nº1, p. 3-4, jan.-abr. 2005.

MATIDA, A. Y; CAMACHO, L. A. B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 37-47, jan.-fev. 2004.

MATTOS, A. T. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G. Repercussões da implantação do Programa Saúde da Família no município de Araraquara: impactos e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 1, p. 36-43, 2004.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. 2 ed., Tomo I e II, série 143. Brasília: IPEA, 1996.

MATUS, C. **O Método PES: roteiro de análise teórica**. São Paulo: FUNDAP, 1997.

MCLEROY, K. R.; NORTON, B. L.; KEGLER, M. C.; BURDINE, J. N.; SUMAYA, C. V. Community-based interventions. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 4, p. 529-533, apr. 2003.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. De olho no financiamento da atenção básica e no programa Saúde da Família (PSF). **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano V, n. 7, p. 72-85, jan.2003-abr. 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. 269 p.

MOTTIN, L. M. **Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para o município, um estudo no Rio Grande do Sul**. Dissertação da Mestado. ENSP RJ p.168. 1999. Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/trensf.php?script=thes_chap&id=00005203&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de abril de 2005.

NOVAES, H. M. D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 7-12, jan. 1996.

_____. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000.

O'CONNEL, B. Preface. In: GRAY, S. T. **Leadership IS: a vision of evaluation**. Washington: Independent Sector, 1993. p. iii.

PALMER, R. H. Process-based measures of quality: the need for detailed clinical data in large health care databases. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, suppl. 8, p. 733-738, oct. 1997.

PARANÁ. **Tribunal de Contas do Estado**. Parecer n. 12665/01 27 jul. 2001 9p. Disponível em:< http://www.tce.pr.gov.br/consultas/pdfs/pa1266501_pe.pdf>. Acesso em: 01 jan 2005.

_____. Secretaria de Estado da Saúde, 5ª Regional de Saúde. **Processo de Pactuação da Atenção Básica Ampliada – 2002**, Guarapuava, 2002. (mimeo).

_____. 1º Reunião do Grupo de Trabalho Regional para redução da mortalidade materna e infantil. Curso de gestação de risco. **Relatório**. dez. 2003. 2p. (mimeo).

_____. Secretaria de Estado da Saúde, Gabinete do Secretário. **Resolução 0283/2004** intuito de regulamentar, de acordo com a natureza e especificidade do repasse, o incentivo estadual ao programa de saúde da família e ações de saúde

bucal no âmbito do PSF. 2004. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/saudebucal/Saudefamilia/index.html>>. Acesso em: 01 fev 2005.

PEREIRA, M. G. Qualidade dos serviços de saúde. In: PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. cap. 24, p. 538–560.

PERRIN, E. Some thoughts on outcomes research, quality improvement, and performance measurement. **Medical Care**, p. 89–91, jun. 2002.

PLOCHG, T.; KLAZINGA, N. S. Community-based integrated care: myth or must? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 14, n. 2, p. 91-101, 2002.

PLSEK, P. E.; GREENHALGH, T. The challenge of complexity in health care. **Brithish Medical Journal**, v. 323, n. 15, p. 625-628, sep. 2001.

POCHMANN, M.; AMORIM, R. Organizadores. **Atlas da exclusão social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003. 221 p.

POUVOURVILLE, G. Evaluation the French chefs are still searching for “la nouvelle cuisine”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 248-250, apr. 1999.

RATTNER, D. A epidemiologia na avaliação de qualidade: uma proposta. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 21-32, 1996.

RICCETTO, A. G. L.; ZAMBOM, M. P.; PEREIRA, I. C. M. R; MORCILLO, A. M. Complicações em crianças internadas com pneumonia: fatores socioeconômicos e nutricionais. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 2, p. 191-95, abr.-jun. 2003.

RIEG, D. L.; ARAUJO FILHO, T. O uso das metodologias "planejamento estratégico situacional" e "mapeamento cognitivo" em uma situação concreta: o caso da pró-reitoria de extensão da UFSCar. **Gest. Prod.**, vol.9, no.2, p.163-179. Aug. 2002.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e Programação em Saúde: Um Enfoque Estratégico**. São Paulo: Cortez. 1992.

RYCHETNIK, L.; FROMMER, M. **A schema for evaluating evidence on public health interventions**. Version 4. Melbourne: National Public Health Partnership, University of Sydney, 2002. 49 p.

RYCHETNIK, L.; HAWES, P.; WATERS, E.; BARRATT, A.; FROMMER, M. A glossary for evidence based public health. **Journal Epidemiological Community Health**, v. 58, p. 538-545, 2004.

SACHET, Z. A formação dos dirigentes no centro da modernização dos governos públicos **VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Panamá, 12p. Oct. 2003. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0047354.pdf>>. Acesso em 23/04/2005.

SANDERS, J. R. Uses of evaluation as a means toward organizational effectiveness. In: GRAY, S.T. **Leadership IS: a vision of evaluation**. Washington: Independent Sector, 1993. p. 13-18.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 6 ed. Cortez: São Paulo, 1999. 348 p.

SANTOS, M. J. N., Gestão de recursos humanos: teorias e práticas. **Sociologias**, n.12, p.142-158, jul.-dez. 2004.

SCHRAIBER, L. B. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n.1, p.57-64, jan.-mar. 1995.

SCRIVEN, M. The methodology of evaluation. In: STAKE, R. E. (Ed.). **Curriculum evaluation** (American Educational Research Association Monograph series on evaluation), n. 1. Chicago: Rand McNally, 1967. p. 39-83.

SEBRAE. **Prêmio Mário Covas - Prefeito Empreendedor**. 2 ed. 2001. Disponível em:<http://www.sebrae.com.br/br/cooperecrescer/premiacoesanteriores_1649.asp>. Acesso em: 20 out. 2004.

SEHGAL, V.; SETHI, H. P. S.; SACHDEV, H. P. S.; SATYANARAYANA, L. Predictors of mortality in subjects hospitalized with acute lower respiratory tract infections. **Indian Pediatric**, v. 34, p. 213-9, 1997.

SHI, L.; MACINKO, J.; STARFIELD, B.; WULU, J.; REGAN, J.; POLITZER, R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980–1995. **The Journal of the American Board of Family Practice**, v. 16, n. 5, p. 412-422, sep.-oct. 2003.

SILVA, K. L.; SENA, R.; LEITE, J. C. A *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p.391-397, jun. 2005.

SILVA, L. M. V. The field of evaluation and the “sur mesur” strategy. In: HARTZ, Z. M. A. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 247-248, abr. 1999.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan.-mar. 1994.

SILVA, A. A. M.; GOMES, U. A.; TONIAL, S. R.; SILVA, R. A. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 749-57, out.-dez. 1999.

SOLLA, J. Organizando o SUS a partir do PSF. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano V, n. 7, p. 7-8, jan.2003-abr. 2004.

SOLOMON, D. H.; SCHAFFER, J. L.; KATZ, J. N.; HORSKY, J.; BURDICK, E.; NADLER, E.; BATES, D. Analysis of the initial visit note in musculoskeletal care. **Medical Care**, v. 38, n. 4, p. 383-391, abr. 2000.

STARFIELD, B. Primary care visits and health policy. **Canadian Medical Association Journal**, v. 159, n. 7, p. 795-796, oct. 1998.

_____. Pacientes e populações. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002a. 726 p.

_____. Atenção primária. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002b. 726 p.

_____. Responsabilidade na atenção primária. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002c. 726 p.

_____. Políticas de saúde para alcançar efetividade e equidade. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002d. 726 p.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano V, n. 7, p. 10-23, jan.2003-abr. 2004.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr.-jun. 1998.

TRAVASSOS, C. Debate on the paper by Zulmira M. A. Hartz. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 246-247, apr. 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais : a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Átlas, 1992. 133 p.

TURNOCK, B. J.; HANDLER, A. S. From measuring to improving public health practice **Annual Review of Public Health**, v. 18, p. 261–282, 1997.

UCHIMURA, K.Y., BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1561-1569, nov.-dez. 2002

UNICENTRO, Fórum de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. **Relatório final dos grupos de trabalho**, Guarapuava, jun. 2001, 1p (mimeo).

_____. **Projeto do Curso de Medicina**, Guarapuava, 2003, 373 p. (mimeo).

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D; OLIVEIRA, R.G.. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p.493-507, 2002.

WORLD BANK. Human Development Sector Management Unit. Brazil Country Management Unit Latin America and the Caribbean Region. Report. N 233353 BR. **The Brazil Family Health Extension Program**. 2002. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSCContentServer/WDSP/IB/2002/03/15/000094946_02022804005161/Rendered/PDF/multi0page.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2004.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. Introduction to Evaluation. In: WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Program evaluation: alternative approaches and practical guidelines**. New York: Longman Publishers USA, 1997. 558 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução Daniel Grassi. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p.

ZAGONEL, I. P. S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.7, n.3, p.25-32, jul. 1999.

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP

ANEXO B

QUADRO URBANO DE GUARAPUAVA – 6 PÓLOS URBANOS

ANEXO: QUADRO URBANO DE GUARAPUAVA – ÁREAS DE ABRANGÊNCIA 33 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E 8 EQUIPES SIMILARES.

ANEXO: QUADRO URBANO PARCIAL – PÓLO BOQUEIRAO

ANEXO: QUADRO URBANO PARCIAL – EQUIPE BOQUEIRAO

ANEXO: FLUXO DE REFERÊNCIA DAS ESF PARA PÓLOS

POLO: BELA		EQUIPES			
	CRITÉRIOS	1	2	3	4
1	TOPOGRAFIA	2	3	2	2
2	TIPO DE PROPRIEDADE	3	4	3	3
3	PROCEDÊNCIA MORADORES	3	3	3	3
4	CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE	2	3	3	3
5	TEMPO URBANIZAÇÃO	3	3	3	3
6	DENSIDADE	2	2	2	2
7	CONDIÇÕES DE MORADIA	4	5	5	4
8	ABASTECIMENTO DE ÁGUA	5	4	4	3
9	DESTINO DE ESGOTO	4	5	4	4
10	ELETRICIDADE	5	6	5	5
11	SISTEMA DRENAGEM	3	3	2	4
12	CURSOS D'ÁGUA	2	3	2	4
13	COLETA DE LIXO	3	3	3	3
14	DESTINAÇÃO LIXO	4	4	1	4
15	APARELHOS SOCIAIS	2	2	2	2
16	NÍVEL DE RENDA	3	3	3	3
17	OCUPAÇÃO MAIS FREQ. 50% da população	3	5	3	3
18	HORTAS	1	1	1	1
19	EDUCAÇÃO 50% da população	3	4	3	3
20	COMPOSIÇÃO FAM. 50% da população	3	3	3	3
21	NATALIDADE 50% das famílias	2	2	2	2
22	MORBIDADE (causas freq.)	0	0	0	0
22	MORTALIDADE (causas freq.)	0	0	0	0
23	ATENDIMENTO DE SAÚDE	3	3	4	6
24	LINHAS DE ÔNIBUS	3	5	5	5
25	50% VIAS PÚBLICAS	2	6	2	2
26	VIOÊNCIA	3	3	2	1
27	ASSOC.DE MORADORES	1	1	1	1
	Total	74	89	73	79
EQUIPES		SEDE		SCORE	SIM/PSF
1		A DEFINIR			
2		A DEFINIR			
3		CIA BELA			
COLIBRI		SEDE PRÓPRIA

POLO: BONSUCESSO		EQUIPES				
	CRITÉRIOS	1	2	3	4	5
1	TOPOGRAFIA	3	3	3	2	3
2	TIPO DE PROPRIEDADE	4	3	4	2	4
3	PROCEDÊNCIA MORADORES	3	3	3	2	3
4	CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE	2	3	4	3	3
5	TEMPO URBANIZAÇÃO	3	2	3	2	3
6	DENSIDADE	2	2	3	2	3
7	CONDIÇÕES DE MORADIA	5	5	5	4	4
8	ABASTECIMENTO DE ÁGUA	5	4	5	3	4
9	DESTINO DE ESGOTO	5	4	5	4	2
10	ELETRICIDADE	6	5	6	4	5
11	SISTEMA DRENAGEM	4	3	3	2	3
12	CURSOS D'ÁGUA	4	3	3	2	3
13	COLETA DE LIXO	4	3	4	2	3
14	DESTINAÇÃO LIXO	4	4	4	1	4
15	APARELHOS SOCIAIS	2	2	2	2	2
16	NÍVEL DE RENDA	3	3	5	2	3
17	OCUPAÇÃO MAIS FREQ. 50% da população	5	4	4	2	4
18	HORTAS	1	1	1	1	1
19	EDUCAÇÃO 50% da população	3	2	4	3	3
20	COMPOSIÇÃO FAM. 50% da população	4	3	4	3	4
21	NATALIDADE 50% das famílias	2	2	2	2	2
22	MORBIDADE (causas freq.)	0	0	0	0	0
22	MORTALIDADE (causas freq.)	0	0	0	0	0
23	ATENDIMENTO DE SAÚDE	3	3	3	3	6
24	LINHAS DE ÔNIBUS	2	4	4	4	6
25	50% VIAS PÚBLICAS	2	2	6	2	5
26	VIOLÊNCIA	3	3	4	2	3
27	ASSOC.DE MORADORES	1	1	1	1	1
	Total	85	77	95	62	87
EQUIPES		SEDE		SCORE		SIM/PSF
1		A DEFINIR				
2		A DEFINIR				
3		CIA BONSUCESSO				
4		CIA BONSUCESSO				
RECANTO FELIZ		SEDE PRÓPRIA

POLO: BOQUEIRAO		EQUIPES					
CRITÉRIOS		1	2	3	4	5	6
1	TOPOGRAFIA	3	1	1	3	3	2
2	TIPO DE PROPRIEDADE	4	2	2	1	3	3
3	PROCEDÊNCIA MORADORES	3	3	3	1	3	2
4	CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE	3	2	2	3	3	4
5	TEMPO URBANIZAÇÃO	2	3	3	1	3	3
6	DENSIDADE	3	3	2	1	2	1
7	CONDIÇÕES DE MORADIA	4	4	4	3	4	2
8	ABASTECIMENTO DE ÁGUA	4	4	4	2	4	3
9	DESTINO DE ESGOTO	4	4	4	2	4	1
10	ELETRICIDADE	5	5	4	4	5	5
11	SISTEMA DRENAGEM	3	3	3	1	3	2
12	CURSOS D'ÁGUA	3	4	4	1	3	2
13	COLETA DE LIXO	3	3	3	2	3	2
14	DESTINAÇÃO LIXO	4	4	4	1	4	1
15	APARELHOS SOCIAIS	2	2	0	0	2	2
16	NÍVEL DE RENDA	3	3	3	2	3	1
17	OCUPAÇÃO MAIS FREQ. 50% da população	4	3	4	2	4	2
18	HORTAS	1	1	1	1	1	1
19	EDUCAÇÃO 50% da população	3	2	2	2	3	1
20	COMPOSIÇÃO FAM. 50% da população	3	4	3	2	3	1
21	NATALIDADE 50% das famílias	2	2	2	1	2	1
22	MORBIDADE (causas freq.)	0	0	0	0	0	0
22	MORTALIDADE (causas freq.)	0	0	0	0	0	0
23	ATENDIMENTO DE SAÚDE	4	5	3	3	3	6
24	LINHAS DE ÔNIBUS	4	4	2	6	4	4
25	50% VIAS PÚBLICAS	2	2	2	2	2	2
26	VIOÊNCIA	3	3	3	1	2	1
27	ASSOC.DE MORADORES	1	1	1	1	1	1
	Total	80	77	69	49	77	56
EQUIPES		SEDE		SCORE		SIM/PSF	
1		CIA SANTA CRUZ					
2		CIA CAMPO VELHO					
3		A DEFINIR					
4 (BASÍLIO)		A DEFINIR					
5 (LUCIANO)		CIA BOQUEIRAO					
CONCÓRDIA		SEDE ALUGADA

POLO: CARLI		EQUIPES					
CRITÉRIOS		1	2	3	4	5	6
1	TOPOGRAFIA	3	3	3	3	3	3
2	TIPO DE PROPRIEDADE	3	3	4	3	4	4
3	PROCEDÊNCIA MORADORES	2	2	3	3	3	3
4	CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE	4	4	3	3	3	3
5	TEMPO URBANIZAÇÃO	2	1	2	3	3	3
6	DENSIDADE	2	2	3	2	3	3
7	CONDIÇÕES DE MORADIA	3	2	4	4	6	6
8	ABASTECIMENTO DE ÁGUA	3	3	4	4	4	4
9	DESTINO DE ESGOTO	3	3	4	4	4	4
10	ELETRICIDADE	4	3	5	5	5	5
11	SISTEMA DRENAGEM	3	2	2	3	3	3
12	CURSOS D'ÁGUA	4	2	2	2	3	4
13	COLETA DE LIXO	2	2	4	3	4	4
14	DESTINAÇÃO LIXO	1	1	4	4	4	4
15	APARELHOS SOCIAIS	0	0	2	2	2	2
16	NÍVEL DE RENDA	1	1	3	3	3	3
17	OCUPAÇÃO MAIS FREQ. 50% da população	2	2	4	4	4	4
18	HORTAS	1	1	1	1	1	1
19	EDUCAÇÃO 50% da população	2	2	4	2	4	4
20	COMPOSIÇÃO FAM. 50% da população	3	2	3	3	3	3
21	NATALIDADE 50% das famílias	2	1	2	2	2	2
22	MORBIDADE (causas freq.)	0	0	0	0	0	0
22	MORTALIDADE (causas freq.)	0	0	0	0	0	0
23	ATENDIMENTO DE SAÚDE	6	5	4	3	5	4
24	LINHAS DE ÔNIBUS	4	3	5	5	5	5
25	50% VIAS PÚBLICAS	2	2	5	2	5	5
26	VIOLÊNCIA	1	1	3	3	3	3
27	ASSOC.DE MORADORES	1	1	1	1	1	1
Total		64	54	84	77	90	90

EQUIPES	SEDE	SCORE	SIM/PSF
1 (J. DAS AMÉRICAS)	CIA SANTA CRUZ		
2 (PAZ E BEM)	CIA CAMPO VELHO		
3	CEDETEG		
4	A DEFINIR		
5	CIA CARLI		
6	CEDETEG

POLO: MORRO ALTO		EQUIPES							
CRITÉRIOS		1	2	3	4	5	6	7	8
1	TOPOGRAFIA	2	2	4	3	3	4	3	3
2	TIPO DE PROPRIEDADE	3	4	4	3	4	4	3	4
3	PROCEDÊNCIA MORADORES	3	3	3	3	3	1	3	3
4	CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE	3	3	3	3	4	4	4	3
5	TEMPO URBANIZAÇÃO	2	2	3	2	3	1	2	3
6	DENSIDADE	2	2	3	2	3	3	2	4
7	CONDIÇÕES DE MORADIA	5	5	4	4	6	6	3	6
8	ABASTECIMENTO DE ÁGUA	4	4	4	3	5	5	3	4
9	DESTINO DE ESGOTO	4	4	4	3	6	5	3	5
10	ELETRICIDADE	5	5	5	5	6	6	5	5
11	SISTEMA DRENAGEM	3	3	3	3	4	4	3	4
12	CURSOS D'ÁGUA	3	2	4	4	4	4	4	4
13	COLETA DE LIXO	3	3	3	3	4	4	3	4
14	DESTINAÇÃO LIXO	4	4	4	4	4	4	4	4
15	APARELHOS SOCIAIS	2	2	2	2	2	2	2	2
16	NÍVEL DE RENDA	1	3	3	1	5	3	1	4
17	OCUPAÇÃO MAIS FREQ. 50% da população	2	4	4	2	5	4	2	4
18	HORTAS	1	1	1	1	1	1	1	1
19	EDUCAÇÃO 50% da população	2	3	3	2	5	3	2	4
20	COMPOSIÇÃO FAM. 50% da população	3	3	3	3	3	3	3	3
21	NATALIDADE 50% das famílias	1	2	2	2	3	2	1	2
22	MORBIDADE (causas freq.)	0	0	0	0	0	0	0	0
22	MORTALIDADE (causas freq.)	0	0	0	0	0	0	0	0
23	ATENDIMENTO DE SAÚDE	3	3	4	3	2	6	6	3
24	LINHAS DE ÔNIBUS	3	3	5	5	5	4	4	5
25	50% VIAS PÚBLICAS	2	2	2	2	6	2	2	6
26	VIOLÊNCIA	1	2	3	2	4	4	1	4
27	ASSOC.DE MORADORES	1	1	1	1	1	1	1	1
Total		68	75	84	71	101	90	71	95
EQUIPES		SEDE			SCORE			SIM/PSF	
1		CIA MORRO ALTO							
2		CIA MORRO ALTO							
3		CIA SANTANA							
4		CIA SANTANA							
5		A DEFINIR							
6		A DEFINIR							
ADÃO KAMINSKI		SEDE PRÓPRIA							
RESIDENCIAL 2000		SEDE PRÓPRIA

POLO: PRIMAVERA		EQUIPES				
	CRITÉRIOS	1	2	3	4	5
1	TOPOGRAFIA	3	3	2	2	2
2	TIPO DE PROPRIEDADE	4	4	4	4	1
3	PROCEDÊNCIA MORADORES	3	3	3	3	2
4	CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE	3	3	3	3	3
5	TEMPO URBANIZAÇÃO	3	3	2	2	1
6	DENSIDADE	2	2	2	2	1
7	CONDIÇÕES DE MORADIA	5	4	5	6	3
8	ABASTECIMENTO DE ÁGUA	4	4	4	4	3
9	DESTINO DE ESGOTO	4	4	4	5	3
10	ELETRICIDADE	5	5	5	6	3
11	SISTEMA DRENAGEM	3	2	3	3	2
12	CURSOS D'ÁGUA	2	2	1	4	3
13	COLETA DE LIXO	3	3	4	4	2
14	DESTINAÇÃO LIXO	4	4	4	4	1
15	APARELHOS SOCIAIS	2	2	2	2	0
16	NÍVEL DE RENDA	3	3	3	3	1
17	OCUPAÇÃO MAIS FREQ. 50% da população	4	4	4	4	2
18	HORTAS	1	1	1	1	1
19	EDUCAÇÃO 50% da população	3	3	3	2	1
20	COMPOSIÇÃO FAM. 50% da população	3	3	3	3	3
21	NATALIDADE 50% das famílias	2	2	2	2	1
22	MORBIDADE (causas freq.)	0	0	0	0	0
22	MORTALIDADE (causas freq.)	0	0	0	0	0
23	ATENDIMENTO DE SAÚDE	4	4	3	3	3
24	LINHAS DE ÔNIBUS	5	5	2	2	2
25	50% VIAS PÚBLICAS	2	2	2	2	2
26	VIOLÊNCIA	3	3	1	1	1
27	ASSOC.DE MORADORES	1	1	1	1	1
	Total	81	79	73	78	48

EQUIPES	SEDE	SCORE	SIM/PSF
1	CIA PRIMAVERA		
2	CIA PRIMAVERA		
3	A DEFINIR		
4	CIA XARQUINHO		
5	A DEFINIR

ANEXO C

C.M.S.		Departamento Administrativo		Divisão de Informática	Depart. de Assistência Saúde e Coordenação Municipal de Urgências	Divisão de Atenção Básica	PSF
Secretário de Saúde				Divisão de Planejamento, Orçamento		PACS	
				Divisão de Recursos Humanos		Anjo da Guarda	
				Divisão financeira		A.M.P.D.S.	
				Divisão de insumos		CAPS (PROSAM)	
				Divisão de manutenção		Centro Regional de DST/AIDS	
				Divisão Transportes		Centro de Saúde da Mulher	
						Centro Municipal de Especialidades	
						S.A.M.U.	
						Urgência Baixa e Média Complexidades – 24 horas	
			Saúde Bucal				
			Dente de leite				
			Clínica do bebê				
			CEO Municipal				
			Laboratório de prótese				
			Farmácia municipal				
			Almoxarifado medicamentos				
			Laboratório municipal				
			Radiologia				
			Exames terceirizados				
		Departamento de Gestão Participativa		Ouvidoria da Saúde			
				Divisão de Acompanhamento de Órgãos Colegiados			
		Departamento de Vigilância à Saúde		Divisão de Vigilância Epidemiológica	P.N.I.		
				Agravos de notificação compulsória			
				Vigilância alimentos			
		Departamento de Controle e Avaliação		Divisão Ambulatorial			
				Divisão Hospitalar			
		Assessoria Especial de Gabinete					

			Vigilância estabelecimentos de saúde
		Divisão de Vigilância Sanitária	SISÁGUA
			PEA
	Assessoria Jurídica	Departamento de Educação Permanente em Saúde	

ANEXO 12 - ORGANOGRAMA – SECRETARIA MUNICIPAL DE GUARAPUAVA