

**Avaliação das Repercussões da Expansão da Atenção
Básica em Municípios em Gestão Plena do Sistema
do Estado de São Paulo**

Ana Paula N. Marques de Pinho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do título
de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Professor Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka

São Paulo

2007



DEDICATÓRIA

Dedico a realização deste sonho a minha mãe que me ensinou, com a simples, porém árdua trajetória de sua vida, a lutar pelos meus sonhos e ideais e, principalmente, como me posicionar diante dos desafios.

A Albérico-cunhado e “pai” -(in memorian) que com toda sua excentricidade mostrou a uma menina Candibense que a vida podia ser escrita de outro jeito.

A Euvaldo Júnior – eterno companheiro

AGRADECIMENTOS

Aos meus mais profundos e sinceros agradecimentos ao Prof. Tanaka, pelo apoio constante e orientação , segura, fundamental para concretização deste trabalho e sonho.

Aos colegas, equipe deste projeto, hoje amigos: Antonio Carlos, Silvana Zimeri, Sueli Vallin, Sophia e Wilma Madeira. A todos vocês, cujo apoio, cujas discussões, concordâncias e discordâncias construíram este trabalho.

Ao Professor Gonzalo e colegas do Hospital Sírío Libanês pelo incentivo constante

Principalmente, aos informantes chaves, dos municípios selecionados, que desprenderam tempo , dedicação e vontade de contribuir com informações, que têm a pretensão de serem utilizadas para a construção de uma Saúde Pública mais resolutiva, em todos os seus níveis de atenção

RESUMO

PINHO, APNM. Avaliação das Repercussões da Expansão da Atenção Básica em Municípios em Gestão Plena do Sistema do Estado de São Paulo. . São Paulo: 2006[Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública USP].

Este projeto de pesquisa tem como: Objetivo geral: Avaliar as repercussões da expansão da Atenção Básica em municípios em Gestão Plena do Sistema Único de Saúde, selecionados no Estado de São Paulo e objetivos específicos: a) Identificar as diretrizes políticas no nível municipal que impulsionaram a expansão da Atenção Básica e dos outros níveis de complexidade da atenção do sistema municipal; b) Analisar a demanda por procedimentos ambulatoriais especializados e de alta complexidade, gerada pela expansão da Atenção Básica. **A metodologia** utilizada foi Estudo de Caso, pois possibilita conhecer o fenômeno, adequadamente, a partir da exploração intensa de um único caso. Utiliza-se de abordagens quantitativas e qualitativas. Para interpretação dos dados qualitativos, a técnica empregada foi Análise de Conteúdo. Este projeto de pesquisa apresentou os seguintes **resultados**: A expansão da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, é motivada pelo desejo de mudança na Atenção Básica e tem como objetivo a reorganização do Sistema de Saúde Local; A expansão da Atenção Básica trouxe repercussões para o sistema, que não foram contempladas no “planejamento” inicial, tais como: O despreparo dos profissionais e a alta rotatividade, colocando em risco a sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família e reorganização da rede de serviços de Saúde; maior demanda por serviços de média e alta complexidade.

ABSTRACT

This research project aims to evaluate the consequences of the increasing implementation of the basic health program in municipal districts, selected, in full management of the single system of health of the state of Sao Paulo as a general goal and as specific goals: a) identify the political variables - at the municipal district's level - which influence upon the growth of the process of implementation of the basic health program and other levels of complexity as well; b) Evaluate the demand for policlinical procedures of high complexity and specialized, generated by the expansion of the basic health program. The methodology used was that of a case study because it makes possible to know the phenomenon, in an adequate way, from the intense exploration of a single case. Quantitative and qualitative approaches are employed. In order to interpret the qualitative data, the technique of content analysis was employed. This research project generated the following results : The expansion of the basic health program, through the family health strategy, is motivated by the desire of a change in the basic health program and aims to reshape the local health system. The expansion of the basic health program brought consequences to the system, which weren't anticipated at the beginning of the process, such as : the lack of capacity and competence of the professionals involved and the high alternation of these same people, endangering the subsistence of the family health strategy and the reorganization of the health services network; higher demand for medium and high complexity services.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| 1- PERGUNTA DE PESQUISA | 12 |
| 2 –INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA | 14 |
| 3- OBJETIVOS | 29 |
| 3.1 Objetivo Geral | |
| 3.2 Objetivo Específico | |
| 4- REFERENCIAL TEÓRICO | 31 |
| 5- METODOLOGIA | 40 |
| 5.1 - Estratégia Metodológica-Estudo de Caso | 40 |
| 5.2 – Etapas da Análise de Dados | |
| 5.2.1 Abordagem Quantitativa | 50 |
| 5.2.2 Abordagem Qualitativa | 51 |
| 6- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE MARÍLIA | 57 |
| 6.1 Análise dos Dados Quantitativos | 58 |
| 6.2 Análise dos Dados Qualitativos | 65 |
| 6.3 Discussão | 75 |
| 7- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS RIBEIRÃO PRETO | 81 |
| 7.2 Análise dos Dados Quantitativos | 81 |
| 7.3 Análise dos Dados Qualitativos | 86 |
| 7.4 Discussão | 97 |
| 8- DISCUSSÃO FINAL-ALGUMAS REFLEXÕES:101 | 101 |
| 9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 106 |
| 10- ANEXOS:112 | 112 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-----------------|--|
| APS | Atenção Primária em Saúde |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CIT | Comissão Intergestores Tripartite |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CNES | Cadastro Nacional sobre Estabelecimento de Saúde |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários Estaduais de saúde |
| FES | Fundo Estadual de saúde |
| FMS | Fundo Municipal de Saúde |
| FNS | Fundo Nacional de Saúde |
| GED | Grupo Especial de Descentralização |
| LOAS | Lei Orgânica de Assistência à Saúde |
| NOB | Normas Operacionais de Assistência a Saúde |
| NOAS | Norma Organizacional de Assistência a Saúde |
| SIA | Sistema de Informação Ambulatorial |
| SIH | Sistema de Informação Hospitalar |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| ESF | Equipe Saúde da Família |
| PACS | Programa de Agente Comunitário de Saúde |
| NOAS | Norma Operacional de Assistência a Saúde |

LISTA DE TABELAS

| Nº. | Título | Pág. |
|------------|--|-------------|
| Tabela I | Rede de Atenção a Saúde , nos anos de 2000 a 2005, no Município de Marília. | 58 |
| Tabela II | Distribuição dos procedimentos ambulatoriais, em percentuais, para o Estado de São Paulo e para o Município de Marília em 2005. | 63 |
| Tabela III | Rede Básica de Atenção a Saúde nos anos de 2000 e 2005, no município em Ribeirão Preto. | 83 |
| Tabela IV | Distribuição dos procedimentos ambulatoriais, em percentuais, para o Estado de São Paulo e para o Município de Ribeirão Preto, 2005. | 84 |

LISTA DE QUADROS

| Nº. | Título | Pág. |
|-------------|--|-------------|
| Quadro I | Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Marília, 2006- Eixo Integralidade Horizontal | 67 |
| Quadro II | Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Marília, 2006- Eixo Integralidade Horizontal. | 69 |
| Quadro II | Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Marília, 2006- Eixo Integralidade Horizontal | 71 |
| Quadro IV | Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Marília, 2006- Eixo Integralidade Vertical | 73 |
| Quadro V | Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Ribeirão Preto, 2006. Eixo: Integralidade Horizontal. | 87 |
| Quadro VI | Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Ribeirão Preto, 2006. Eixo: Integralidade Horizontal. | 91 |
| Quadro VII. | Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Ribeirão Preto, 2006. Eixo: Integralidade vertical | 94 |
| Quadro VIII | Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Ribeirão Preto, 2006. Eixo: Integralidade vertical | 96 |

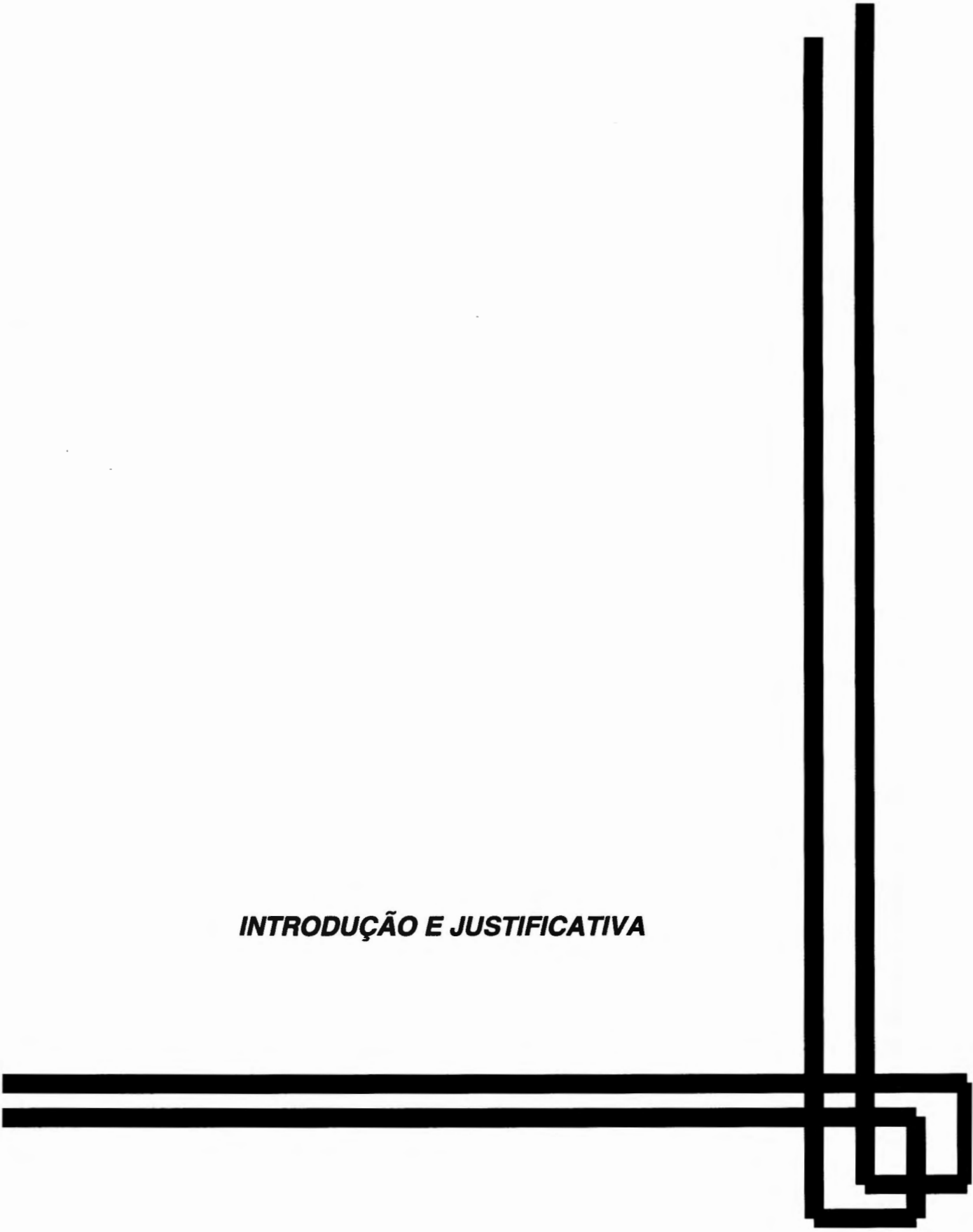
LISTA DE GRÁFICOS

| Nº. | Título | Pág. |
|-------------|---|-------------|
| Gráfico I | Percentual da população coberta pelo PACS e PSF, no município de Marília, período de 2000 – 2005. | 59 |
| Gráfico II | Evolução dos procedimentos ambulatoriais, por categoria, no Município de Marília, nos de 2000 a 2005. | 60 |
| Gráfico III | Distribuição percentual, dos grupos de procedimentos, executados no nível da Atenção Básica, no município de Marília, acumulados nos anos de 2000 a 2005. | 62 |
| Gráfico IV | População coberta pelo PSF e evolução de exames de patologia clínica, no município de Marília, de 2000 a 2004. | 64 |
| Gráfico V | Percentual da População coberta pelo PACS e PSF no município de Ribeirão Preto, período de 2000 a 2005. | 83 |
| Gráfico VI | Evolução dos procedimentos ambulatoriais por categoria – Ribeirão Preto, entre os anos de 2000 a 2005. | 84 |
| Gráfico VII | Distribuição percentual dos diversos tipos de procedimentos da categoria Atenção Básica – Ribeirão Preto, 2005. | 85 |

1- PERGUNTA DE PESQUISA:

Quais as repercussões da expansão da Atenção Básica nos outros níveis do Sistema Único de Saúde, em municípios selecionados, em Gestão Plena do Sistema, no Estado de São Paulo?

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA



2- INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O processo de descentralização de gestão de saúde, em curso no Brasil, tem propiciado um campo fértil à experimentação prática e instrumental em planejamento e organização de serviços de saúde. Buscam-se novos modelos e práticas que possam dar conta das diversidades presentes nos vários municípios e regiões do país. Esse cenário tem demandado esforços constantes no sentido do desenvolvimento e aperfeiçoamento das práticas de planejamento e programação de serviços, buscando coletivamente a construção de alternativas para operar e organizar os serviços de saúde no nível local, na busca da melhoria das condições de saúde das populações (TEIXEIRA, 2002).

Descentralização, em Saúde, segundo SCATENA e TANAKA, (2001, p.04):

“É a constituição de Sistemas Locais de Saúde que respondam adequadamente à demanda da população, mas que ao invés de se caracterizarem como sistemas isolados e autônomos, sejam elementos e elos dinâmicos de Sistemas Estaduais, que conformam um Sistema Nacional”.

Ou seja, cada esfera de governo tem seu papel definido dentro do princípio do federalismo e, a cada um deles, devem ser conferidos poderes para desempenhar estes papéis (BOBBIO et al.1993).

No Brasil, o processo de descentralização, no âmbito da saúde, se fortalece na década de 90, com a implementação das Leis Orgânicas de Saúde, a Lei 8080, que dispõe que 50% dos recursos destinados a Estados e Municípios devam ser distribuídos segundo seu quociente populacional e a Lei 8142, que dispõe que recursos federais, definidos segundo critérios populacionais, devam ser transferidos de forma automática e regular, desde que, cada uma das esferas, conte com um Fundo de Saúde, FES - Fundo Estadual de Saúde e FMS - Fundo Municipal de Saúde.

Para LEVCOVITZ et al. (2001), implementar o princípio da descentralização em um país imenso e desigual envolve grandes desafios, e não perder a unicidade de

uma Política Nacional é o maior deles. Nesse sentido, as Normas Operacionais Básicas (NOB) passam a representar instrumentos fundamentais para a concretização da diretriz da descentralização, estabelecida na legislação do SUS.

Ainda para o autor, supracitado, as *NOBs*, representam instrumento de regulação do processo de descentralização, pois tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores, critérios e mecanismos de transferência de recursos federais para Estados e Municípios, o que representa o grau de autonomia de cada esfera de governo.

Contudo, é importante destacar, que do ponto de vista formal, as *NOBs* são portarias do Ministério da Saúde, e, portanto, têm caráter transitório, ou seja, podem ser reeditadas ou substituídas à medida que o processo de descentralização avance, permitindo, desta forma, a atualização das regras, de acordo com a consolidação do processo de implementação do SUS. As três Normas Operacionais Básicas editadas na década de 90, a 'NOB91', 'NOB93' e a 'NOB96', são sucintamente apresentadas a seguir.

Norma Operacional Básica 01/91 - NOB 01/91

O enfoque desta Norma está basicamente direcionado à normatização de mecanismos de financiamento do SUS – repasse, acompanhamento, controle e avaliação de recursos financeiros do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), para municípios e estados – mecanismos estes considerados fator de incentivo ao processo de descentralização. (SCATENA e TANAKA, 2001).

Segundo LEVCOVITZ et al. (2001), embora a 'NOB 01/91', se apresentasse como apoio à descentralização e reforço do poder municipal, foram tecidas várias críticas ao seu formato centralizador, relacionado à forma de transferência convênial e ao repasse condicionado à produção.

Norma Operacional Básica 01/93 – NOB 01/93

É fruto do trabalho do Grupo Especial de Descentralização (GED), que foi deliberado durante a IX Conferência Nacional de Saúde, que teve o seguinte tema principal: “*Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho*”.

Este grupo era composto por distintas áreas e órgãos do Ministério da Saúde e por representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Esse grupo elaborou um documento – “*Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*”. Segundo LEVCOVITZ et al. (2001), a NOB 01/93 é a tradução operacional deste documento.

De acordo com LUCCHESI in LEVCOVITZ et al. (2001, p.8). As estratégias de descentralização podem ser assim resumidas:

1. Respeitar a diversidade loco-regional brasileira, tanto sob seus aspectos econômicos e sociais, como sob os aspectos das diferentes capacidades e vontades de assunção das novas responsabilidades gerenciais e políticas pelas respectivas instâncias de governo;
2. Serem implementadas de forma progressiva, de modo a evitar rupturas bruscas que pudessem desestruturar práticas já existentes;
3. Reconhecer a importância das relações entre gestores como base para estruturação do sistema de saúde.

A NOB 01/93 é a primeira a definir o gerenciamento do processo de descentralização nos três níveis de governo, por meio das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), bem como, as condições de gestão para municípios (Incipiente, Parcial e Semi-Plena) e estados (Parcial e Semi-Plena), que buscam contemplar os diferentes estágios em que se encontram estados e municípios, em relação à descentralização. (SCATENA e TANAKA, 2001).

Vale ainda ressaltar, que a referida NOB, representou um avanço significativo ao implementar, de fato, pela primeira vez na política de saúde as transferências “fundo a fundo” dos recursos federais (Fundo Nacional de Saúde (FNS) para Fundos Estaduais (FES) ou Municipais (FMS) de Saúde, como preconizado pela Lei Orgânica da Saúde (LOAS 8.080 de 1990).

Norma Operacional Básica 01/96 – NOB 01/96

Surge com intuito de dar continuidade ao processo de construção do SUS e de forma resumida tem os seguintes objetivos, sintetizados por LEVCOVITZ et al. (2001).

- Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União;
- Reorganizar o modelo assistencial, passando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica da saúde;
- Fortalecer a gestão do SUS, compartilhada entre governos municipais, estaduais e federais, por meio das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB);
- Estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela sua saúde, promovendo o cadastramento e adscrição da clientela;
- Institui a Programação Pactuada Integrada (PPI), entre as instâncias de governo que traduza as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos financeiros, em todos os níveis de gestão, garantindo acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município;
- Aumento da transferência regular e automática, “fundo a fundo”, dos recursos federais por meio da criação de novos mecanismos de incentivos financeiros a serem distribuídos segundo critérios de capacitação e

organização da assistência a saúde nos estados e municípios, dado as novas condições de gestão;

- A promoção e reorganização do modelo de Atenção a Saúde, adotando-se, como principal estratégia, a ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde, por meio da criação de um incentivo financeiro de acordo com a população efetivamente coberta pelos programas e da incorporação dos procedimentos relacionados aos programas no custeio Federal da Atenção Básica;
- Define as condições de gestão para os municípios (Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema) e estados (Avançada do Sistema e Plena do Sistema), relacionando requisitos, responsabilidades e prerrogativas.

A NOB/96 não foi revogada, no entanto, verificou-se que, apesar, do grande número de habilitações ocorridas a partir de então, alguns aspectos precisavam ser aprimorados, como por exemplo, a Regionalização da Assistência. Nesse sentido foram editadas as Normas de Assistência a Saúde, conforme a síntese a seguir.

Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS 01/01

Segundo DUARTE, (2002), uma das maiores contribuições da NOAS, está relacionado com a questão da equidade, uma vez que os recursos estão distribuídos de maneira desigual pelas regiões do país, uma vez que os avanços da gestão não são homogêneos e as necessidades também são muito diferentes.

Esta norma aprimora e detalha a NOB, assim como enfatiza o componente assistencial. A partir de então, para que o município solicitasse habilitação na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, além de comprovar funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, Operação do Fundo Municipal de Saúde, apresentar Plano Municipal de Saúde, para além dos outros requisitos exigidos, se faz necessária à apresentação do PDR (Plano Diretor de Regionalização).

Segundo a NOAS, este plano de regionalização deverá contemplar uma lógica de

planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridade de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde.

Nesse sentido, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso dos cidadãos o mais próximo possível de suas residências a um conjunto de ações e serviços, que devem compor os sistemas de saúde.

Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS 01/02

Diferenciam-se, nos seguintes aspectos da NOAS 01/01:

1. Amplia as responsabilidades da Atenção Básica;
2. Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde;
3. Busca de maior equidade;
4. Cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema Único de Saúde.

Para LEVCOVITZ et al. (2001), a década de 90 testemunha a passagem de um sistema de saúde extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da Saúde. Ou seja, aqueles que tinham, tradicionalmente, os papéis de serem apenas executores da política de saúde, como os governos municipais, passam a exercer também o papel de planejadores, executores político, administrativo e financeiro no âmbito da saúde, no nível local.

Vale ressaltar que a condição de habilitação dos municípios envolve muitos fatores que estão diretamente relacionados com o planejamento de ações de saúde de um dado município e o que a Constituição Federal, no capítulo II, seção II, artigo 198, assim como a Lei Orgânica de Assistência a Saúde - LOAS, no capítulo II, artigo 7º, definem claramente que ações e serviços de saúde devem integrar redes regionalizadas e

hierarquizadas e que a assistência à saúde deve ser organizada em níveis crescentes de complexidade.

Tendo a Atenção Básica, como a porta de entrada e base desse sistema hierarquizado de atenção a saúde, suas ações devem ser o ponto de partida para a elaboração da Política Local de Saúde. Ou seja, as ações da atenção básica devem direcionar quais as necessidades do município para os outros níveis de atenção.

Partindo desta concepção torna-se importante conhecer e aprofundar as várias concepções sobre o conceito de Atenção Básica e sua inserção na hierarquia do Sistema Público de Saúde.

Assim ao retomar historicamente esse conceito, identificam-se em 1920, oito anos após a instituição do seguro nacional da Grã Bretanha, três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escolas, segundo STARFIELD (2002, p. 30), esta formulação foi a base para o conceito de regionalização:

“Um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidades de serviços médicos da população”.

Na trigésima reunião anual, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu que a principal meta social dos governos participantes deveria ser: “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitiria levar uma vida social e economicamente produtiva”. Estes princípios foram divulgados na conferência realizada em Alma Ata, a qual enfatiza a Atenção Primária à Saúde.

O consenso alcançado nesta conferência foi reafirmado na reunião da Assembléia Mundial de Saúde, de 1979, onde a Atenção Primária a Saúde (APS) foi definida como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é

função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, levando atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo atenção contínua à saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978 in STARFIELD, 2002, p.30).

No Brasil, esta discussão gerou muita controvérsia, principalmente, na VII Conferência Nacional de Saúde, onde o governo tentava implantar o conceito de Atenção Primária à Saúde e as Metas da Saúde para Todos - 2000. Mas, alguns sanitaristas teciam severas críticas a este modelo.

Segundo PAIM (1999), os cuidados primários de saúde, ao assumirem, na primeira metade da década de 80, um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres das áreas urbanas e rurais, sem levar em conta as especificidades do país, se fragilizou como estratégia de reorientação dos sistemas dos serviços de saúde no Brasil.

Com o SUS e a política de hierarquização dos serviços, o conceito de Atenção Primária voltou à cena e até hoje ainda gera muita controvérsia e faz contraposição ao de Atenção Básica, mas comumente utilizado pelos órgãos oficiais. Ainda, existe a linha de quem defenda que não existe diferença entre Atenção Básica e Primária.

A Organização Pan-Americana de Saúde (APS) define, enquanto “primeiro nível de atenção” (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 1990 in PAIM, 1999, p. 493).

Para (TESTA, 1992, p.161):

“Nos países em que se conseguiu constituir um sistema de atenção à saúde, a atenção primária é o degrau inicial da cadeia de atenção, onde são resolvidos os problemas de menor dificuldade técnica-diagnóstica e terapêutica – e se orientam os restantes pelos níveis sucessivos da cadeia”.

Mendes entende APS como “uma estratégia da política SPT -2000” (MENDES, 1990, p.45).

Para STARFIELD, (2002, p.28):

“Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros”.

E ainda:

“O Ministério da Saúde pauta a concepção de Atenção Básica na integralidade das ações de promoção, tratamento e reabilitação à saúde assumindo um importante papel na organização do sistema de saúde no Brasil”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, p.05).

Para fins deste estudo, Atenção Primária, ao ser o primeiro nível de atendimento, serve de porta de entrada para o sistema de assistência, mas ao mesmo tempo constitui um nível próprio de atendimento com capacidade para resolver um elenco de necessidades que extrapola a intervenção curativa individual, denominadas de necessidades básicas de saúde. (MEDINA et al.2000, p.16).

Segundo IBAÑEZ et al. (2006), o histórico e abordagens nesta área apontam para a emergência da atenção como mecanismo de ampliação de acesso aos serviços indispensáveis para a manutenção da saúde dos indivíduos. Como primeiro nível de atenção deve conectar-se a outros níveis do cuidado à saúde, pressupondo uma rede integrada de serviços de saúde.

Por outro lado, a institucionalização deste nível de atenção esta associada à resposta governamental para enfrentamento do aumento progressivo do custo da assistência médica , focada na aplicação de maior racionalidade no uso de serviços de saúde de forma a torná-los mais produtivos , menos custosos e mais abrangentes.

Para o autor supracitado, outro ponto importante dessa discussão é a preocupação dos governos em melhorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde, buscando

prevenir os problemas de saúde ou tratá-los de maneira mais efetiva, assim como, melhorar resultados na redução de procedimentos dos níveis de atenção (secundário e terciário).

Seguindo esta lógica, na segunda metade da década de 90, a política de saúde brasileira, apresentou uma importante e significativa mudança. Após vários anos, privilegiando a atenção hospitalar, a Atenção Básica passou a ser a área de concentração de esforços, como tentativa de tornar viável o Sistema único de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A forma encontrada pelo governo brasileiro para organizar a Atenção Básica, foi com investimento no Programa de Saúde da Família.

Nesse sentido, em 1991, o Ministério da Saúde, após estratégias regionais bem sucedidas, propôs o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Em 1993 o PACS já abrangia 13 estados do Norte e Nordeste, com 29 mil Agentes Comunitários de Saúde atuando em 761 municípios.

Já em 1994, o Ministério da Saúde, divulgou o primeiro documento sobre o Programa de Saúde da Família, definindo o convênio entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, tratando inclusive dos mecanismos de financiamento. Neste período não havia a proposta de substituição do PACS pelo PSF. As áreas de maior risco social eram aquelas priorizadas para implantação do PSF. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A Portaria Ministerial, de dezembro de 1997, estabeleceu no Plano de Metas prioridade para o PACS e PSF. Estes programas ganharam mais impulso, com a implantação, por meio da NOB – SUS 96 do Piso da Atenção Básica, o ‘PAB Fixo’.

Além disso, foi implantado por esta mesma norma, o ‘PAB Variável’, que tinha como objetivo incentivar os municípios a adotarem estratégias para organização da Atenção Básica, entre os quais o Programa de Saúde da Família.

Em documentos ministeriais de 1997 e 1998, o PACS e PSF são apresentados como proposta de reorientação do modelo, em conformidade com os princípios do SUS.

Segundo o Relatório da Pesquisa “*Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos*”, realizada pelo Ministério da Saúde, em Dezembro de 1998, o PSF estava implantado em 1219 municípios de 24

estados (exceto Roraima, Amapá, e Distrito Federal) e contava com 3119 equipes. Um ano depois, em 1999, o PSF estava implantado em 1870 municípios, nas 27 Unidades Federadas.

Contudo, o Ministério da Saúde, identificou que apesar de todos os Estados Brasileiros terem implantado o PSF, era baixa a cobertura da população atendida pelo referido programa.

Diante do risco de pulverização do programa e da criação de espaços privilegiados de assistência, sem, no entanto, incorporar-se ao sistema como estratégia substitutiva, e como, conseqüência, baixa capacidade de provocar impacto nos indicadores municipais. Fez, com que, o Ministério da Saúde, a partir de 1999, reajustasse os valores de repasse e introduzisse uma nova forma para o cálculo dos incentivos financeiros do PAB variável referente ao PSF, remunerando melhor com maior cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família. (SOUSA et al, 2000, P11).

Por causa desta mudança, segundo esta mesma autora, em maio de 2000, os municípios, com cobertura de, no mínimo, 70% de sua população haviam crescido em 42%. Em dezembro do mesmo ano o PSF existia em 3090 municípios, com uma cobertura de 22% da população brasileira.

Segundo o Ministério da Saúde (2002):

“O que aconteceu foi que a Saúde da Família desenhada inicialmente para ser um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde visando a reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. Tem como objetivo substituir ou converter o modelo tradicional de assistência a saúde, historicamente caracterizado como atendimento a demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece os vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Parece ser consensual, tanto pelas pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde, como por estudo desta linha, que o PSF não encontra dificuldades de implementação em municípios de pequeno porte, com pequena ou nenhuma capacidade instalada, e que não dispõe de uma rede consolidada de serviços. Contudo, em municípios de grande porte e com maior rede de serviços este desafio tem outra dimensão.

Para D'ÁVILA et al. (2006), apesar da maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde nos grandes centros urbanos, particularmente, os de média e alta complexidade, observam-se limitações quanto a qualidade e capacidade de resposta dos serviços, tornando complexa a organização da Atenção Básica.

Esta mesma autora destaca ainda, que a implantação do PSF em grandes municípios tem sido realizada diante de um quadro muito difícil, devido à magnitude e diversidade de situações de pobreza e desigualdades sociais a que está exposta grande parte desta população.

A análise de cobertura, em municípios, com mais de 100 mil habitantes do Estado de São Paulo, foco desta pesquisa, mostra que em 2004 o PSF estava implantado em 54 dos 62 municípios, sendo que 33 possuíam, também, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Já os dados relativos à cobertura do PSF indicam que 15% da população residente nos grandes centros urbanos encontra-se coberta pelo programa. Apesar do aumento da cobertura do PSF nos municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes, entre os anos de 2000 e 2004, trata-se de uma cobertura inferior à média nacional.

Diante do investimento feito na Atenção Básica, sua expansão, por meio da Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde elaborou o instrumento denominado de 'Pacto AB' (Pacto da Atenção Básica).

A função destes instrumentos é atribuída pela Portaria 456/GM de 2003, "*como base para negociação de metas, com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da Atenção Básica e situação de saúde da população, a serem alcançados por Municípios e Estados*". Entendendo que o desempenho adequado do nível básico da atenção é crucial para o redirecionamento do modelo assistencial, imprimindo-lhe direcionalidade.

Atualmente o processo de pactuação pressupõe o desenvolvimento de algumas etapas, que são explicitadas a seguir, muitas delas ainda concentradas no âmbito federal:

1. Definição dos indicadores de avaliação. Em geral, tem havido participação das áreas técnicas do Ministério, representantes do CONASS e CONASEMS e o apoio de especialistas em avaliação na formulação dos indicadores de avaliação;
2. Elaboração de minuta de Portaria contendo o elenco de indicadores, fluxos e prazos para a pactuação entre municípios e estados e entre estados e Ministério da Saúde;
3. Deflagração do Processo de Pactuação – O processo de pactuação da atenção básica deve ser deflagrado nos estados e municípios juntamente com os processos de programação. O Ministério da Saúde e os estados, por meio das secretarias estaduais de saúde, devem prover o apoio necessário à implementação do Pacto, em termos de suporte técnico e operacional no que for pertinente.
4. Acompanhamento pelo Ministério da Saúde, via participação em oficinas e pela Internet, dos processos de pactuação entre municípios e estados;
5. Finalização do processo de estabelecimento de metas nos âmbitos municipal, estadual e federal;
6. Acompanhamento, pelo MS, estados e municípios dos indicadores de avaliação pactuados. Esse processo deve permitir a revisão das metas pactuadas por estados e municípios quando pertinente;
7. Divulgação, pelo MS, dos resultados da análise dos indicadores do Pacto da Atenção Básica de municípios e estados para as Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde, em momento prévio ao período de pactuação do ano subsequente.

Estes sete passos podem ser resumidos em dois momentos:

1. Corresponde ao processo de homologação – da avaliação do pacto do ano anterior e das metas propostas pelos estados para o ano em curso;

2. Corresponde ao monitoramento do Pacto e que deve considerar a análise e acompanhamento dos indicadores e a realização de intervenções que visem apoiar os estados com problemas que sejam identificados a partir da análise.

É consenso entre os autores citados até o presente momento, que a função de captação de recursos em um momento de contenção orçamentária e descentralização com transferência de responsabilidade aos municípios acabou ocupando grande espaço no cenário técnico-político, restringindo os processos de pactuação em processos cartoriais a serem cumpridos para negociação financeira.

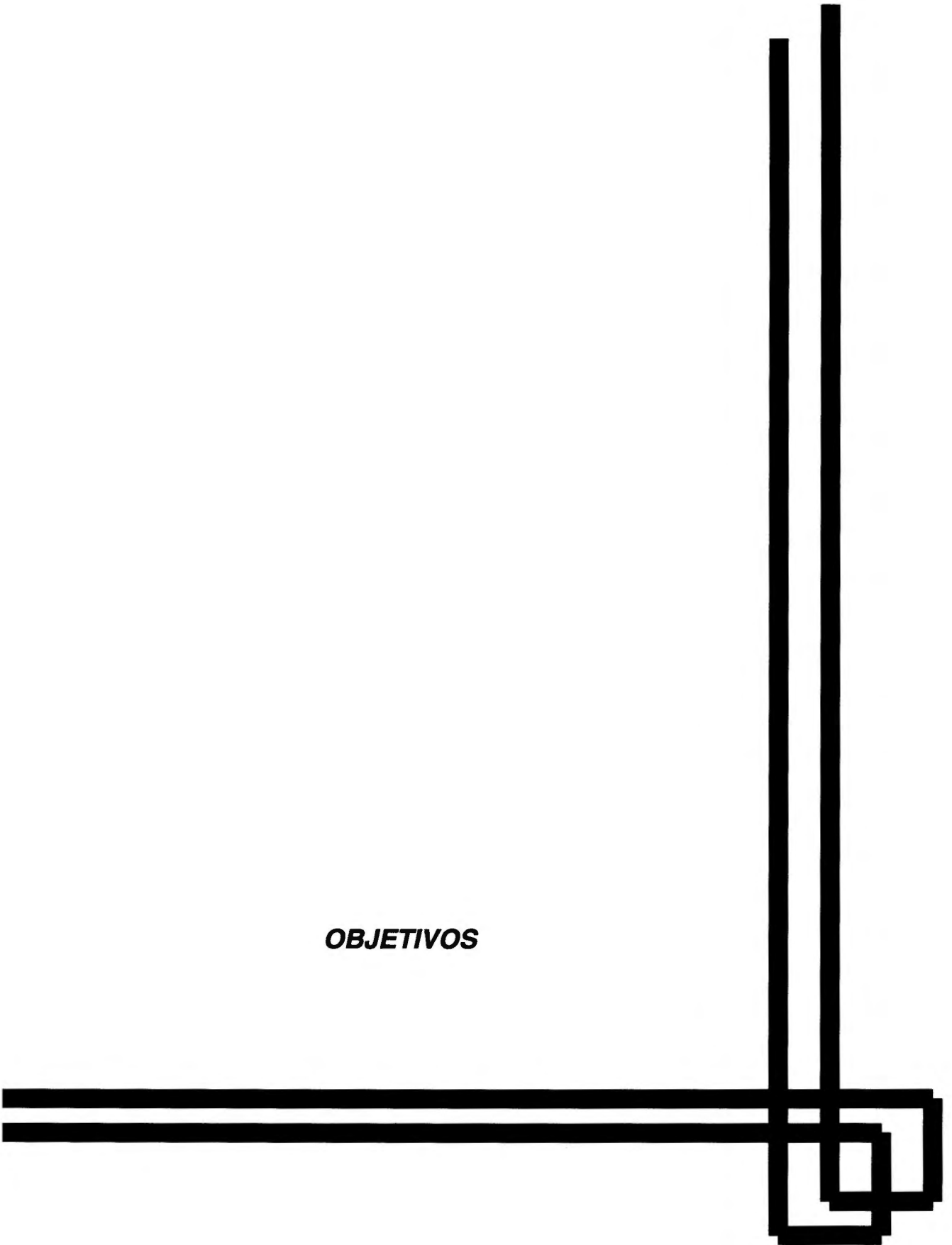
Nesse sentido, além dos mecanismos técnicos acima apontados, o fortalecimento de outra concepção do Pacto passa pelo desenvolvimento de mecanismos de fortalecimento político deste processo, conferindo maior visibilidade e aprimorando os mecanismos de participação e responsabilização dos diversos atores envolvidos.

Contudo, uma breve análise do relatório do Pacto da Atenção Básica dos municípios em Gestão Plena do Estado de São Paulo, considerando os indicadores, priorizados pela Manual de Orientações para o Pacto da Atenção Básica e a Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde do Estado de São Paulo, revela que em média 70% das metas pactuadas pelos municípios não são avaliadas, ou seja, nem mesmo se sabe se elas foram ou não alcançadas.

Diante da importância deste nível de atenção para organização e estruturação do sistema de saúde, o Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000, p.36), no que se refere ao modelo assistencial, aponta a preocupação quanto ao risco desses programas tornarem-se sobreposição de exercício do serviço da Atenção Básica, indicando que sua implementação trouxe vários tipos de demanda para o SUS, sem encontrar contrapartida na integralidade e na resolutividade.

Nesse sentido, o presente projeto tem como objetivo Avaliar as repercussões da expansão da Atenção Básica em municípios selecionados do Estado de São Paulo.

OBJETIVOS



3- OBJETIVOS

3.1 - Objetivo Geral

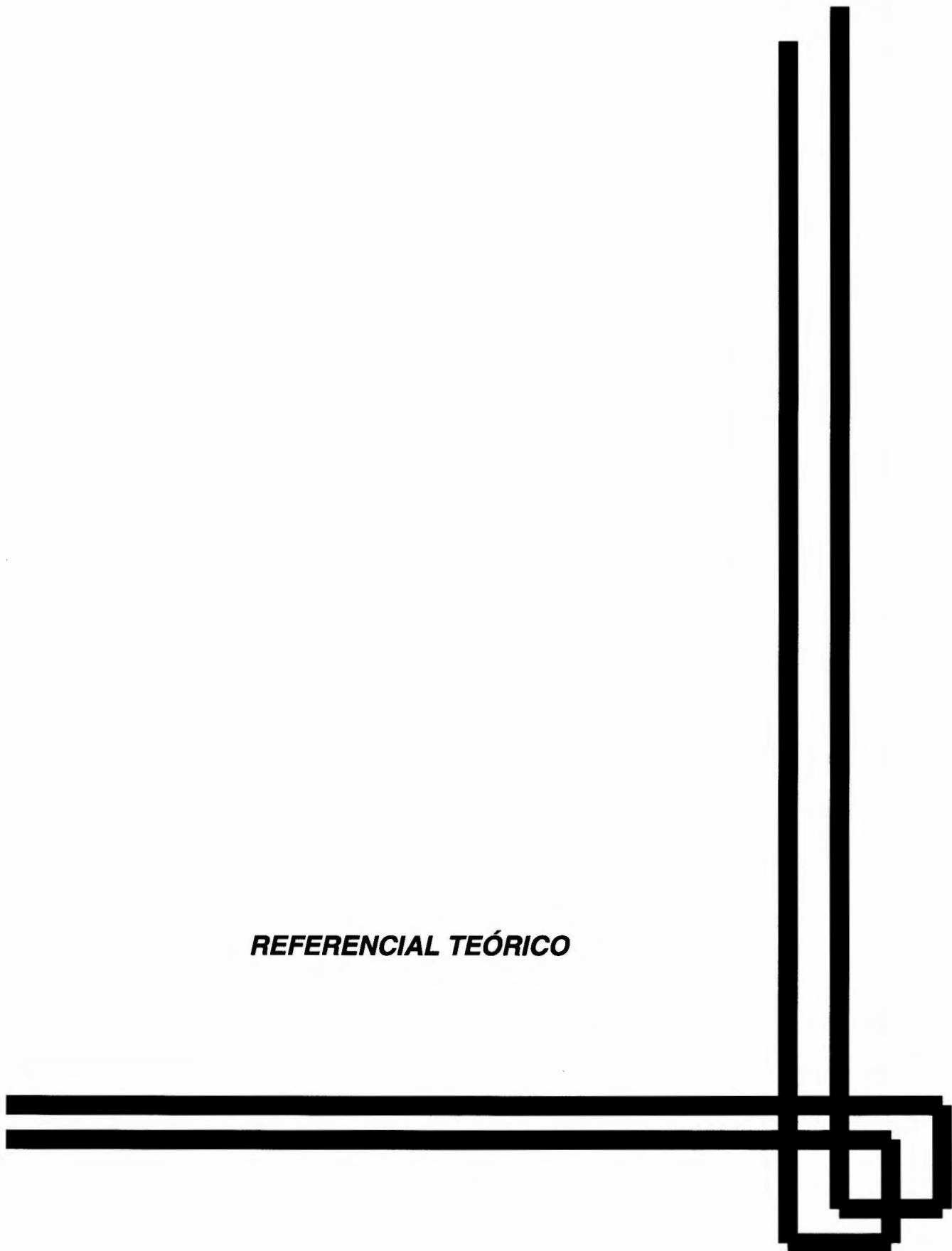
Avaliar as repercussões da expansão da Atenção Básica em municípios em Gestão Plena do Sistema Único de Saúde, selecionados no Estado de São Paulo.

3.2 - Objetivos Específicos

Identificar as diretrizes políticas no nível municipal que impulsionaram a expansão da Atenção Básica e dos outros níveis de complexidade da atenção do sistema municipal.

Analisar a demanda por procedimentos ambulatoriais especializados e de alta complexidade, gerada pela expansão da Atenção Básica.

REFERENCIAL TEÓRICO



4- REFERENCIAL TEÓRICO

A avaliação é um processo individual/coletivo contínuo, inerente às ações e às relações humanas. Pensar sobre um acontecimento já nos leva a um julgamento ou atribuição subjetiva de valor. O processo de avaliar gera uma tensão entre o dado objetivo e subjetivo. O desenvolvimento da pesquisa avaliativa traz no cerne não apenas a importância da avaliação como modo de julgar processos ou ações, mas traz a apreensão de que avaliação é produção de conhecimento. (BARREIRA, 2002)

Ainda, segundo a autora supracitada, os primeiros estudos avaliativos de programas sociais que se têm conhecimento datam do século XVII, com a revolução científica. Nessa época a avaliação já se apresentava intrínseca ao ato de conhecimento.

Também, para CONTANDRIOUPOLOS et al. (1997), a avaliação representa uma atividade bastante antiga, presente desde os primórdios na história da humanidade.

Para BARREIRA (2002, p.18), foi na Área de saúde Pública que os precursores da Estatística, Graunt, em 1662 e Halley em 1663, realizaram seu trabalho de pesquisa avaliativa. Eles propuseram que os planos governamentais americanos, na área de serviços públicos, fossem baseados nos dados estatísticos coletados por meio de programas de avaliação.

O uso do método da estatística como método avaliativo é conhecido como experimental, validado por processo dedutivo matemático. Contudo, BAKER e NIEMI (1996 in WORTHEN, 2004), sugerem que existem ainda três outras fontes distintas, que tentam influenciar a literatura sobre avaliação, nas quais grande parte da produção científica se baseia. Ou seja, para além da experimentação, ele classifica ainda, Mensuração, Análise Sistêmica e Abordagens Interpretativas.

Esses autores vêm a 'Experimentação' como o uso da tradicional pesquisa experimental das ciências naturais no processo de avaliação. Cita como exemplo, o uso de aleatorização, atenção meticulosa às unidades de análise e testes ergométricos na avaliação de programas sociais.

A 'Mensuração' é escrita como o estilo de avaliação que usa de mecanismo de medida comportamental para produzir números sobre evidência da efetividade de um programa. A 'Análise Sistêmica' é definida como o exame de grandes séries de

variáveis em organizações e processos complexos, feito para ajudar os administradores a tomarem decisões mais defensáveis.

As 'Abordagens Interpretativas' são de uso da hermenêutica e de teorias interpretativas do conhecimento para gerar interpretações descritivas e julgamentos holísticos de programas complexos.

A pesquisa avaliativa cresceu como método científico, como forma de aferir a maneira de tratar problemas sociais. Entretanto, apesar de suas raízes históricas remontarem ao século XVII, o emprego generalizado de avaliações sistemáticas tem um desenvolvimento relativamente recente.

Para BARREIRA (2002), a aplicação de métodos de pesquisa social à avaliação coincide com o crescimento e aprimoramento dos próprios métodos científicos. Nesse sentido, uma das mais instigantes idéias do século XX é a noção de que a ciência pode ser colocada em prática para prover problemas sociais gerados pelo rápido crescimento econômico e o rápido desenvolvimento tecnológico e alta concentração de renda.

Após a Primeira Guerra Mundial, as pesquisas avaliativas centraram-se na busca de aferir processos e resultados de ações sociais com vistas a estabelecer padrões de atendimento na oferta de serviços sociais públicos.

Na seqüência de tentativas de aperfeiçoamento dos serviços sociais prestados à população, os estudiosos introduziram formas de avaliar não só a quantidade, mas também a qualidade dos serviços prestados. É nessa direção que a avaliação quantitativa e a qualitativa, de processos e resultados sociais, começam a ganhar espaço na produção científica. (BARREIRA, 2002; WORTHEN et al, 2004).

No âmbito da saúde, segundo FELISBERTO (2006), os avanços no campo da avaliação constituíram-se iniciativas pontuais mediante pesquisas específicas, ou produção regular de dados sem a equivalente regularidade de análise dos mesmos.

Esse mesmo autor cita as principais limitações dessas iniciativas identificadas pelo Ministério da Saúde:

- 1- Ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes políticas e da definição estratégica que orientam a avaliação;

- 2- A fragmentação e a decorrente diversidade de orientações que presidem os processos de avaliação, impedindo que possam ser úteis a uma ação coordenada;
- 3- A ênfase em variáveis relacionada ao processo;
- 4- Avaliações de resultados e/ou espacialmente restritas.

Contudo, nos últimos anos, a Coordenação de Avaliação e Acompanhamento do Departamento da Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, vem enfatizando a necessidade de tornar a avaliação uma constante no âmbito dos serviços de saúde e de Gestores das três esferas de governo.

A experimentação prática em planejamento e organizações de serviços deve estar correlacionada ao processo de avaliação. Nesse sentido vale ressaltar, que a avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e por isso deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos. Avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Para SILVA in HARTZ (2005, p. 05):

“[a avaliação], suas diversas possibilidades de expressão, nos diversos campos de atuação têm gerado uma polissemia conceitual e metodológica, que torna obrigatório tanto para o gestor, quanto para o pesquisador uma explicitação das suas opções teóricas e técnicas”.

SCRIVEN in WORTHEN et al. (2004, p. 35), definiu avaliação como *“julgar o valor ou mérito de alguma coisa”.*

Para TANAKA e MELO, (2001, p.13), *“Avaliação é um processo técnico administrativo destinado à tomada de decisão, que envolve três momentos: medir, comparar e emitir juízo de valor”.*

CONTANDRIOPOULOS (1997), diz que:

“avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (Avaliação Normativa) ou se elabora a partir de um procedimento científico (Pesquisa Avaliativa)”. (CONTANDRIOPOULOS et al. 1997 in MEDINA et al, 2000).

Segundo TANAKA e MELO, (2004, p.125):

“as principais dificuldades encontradas na operacionalização da avaliação em serviços de saúde estão relacionadas com o domínio teórico de concepções, técnicas e métodos e com a própria finalidade da avaliação”.

Neste sentido, para fins deste estudo, optou - se por trabalhar com a seguinte definição de avaliação:

“Como um processo participativo de interpretação parcial de cenários pré - delimitados (ou construídos) – inseridos numa realidade complexa, não linear permeada por relações de poder e fundamentado em sistematizações formais de análise – que visa explicitar situações para orientar ações e intervenções críticas no contexto sócio-histórico”. MINISTÉRIO DA SAÚDE, (1994, p. 07).

A polissemia conceitual no campo da avaliação também se apresenta no campo metodológico sob diferentes concepções e perspectivas.

“Assim, na tipologia da avaliação há uma grande diversidade de abordagens incluindo modalidades classificatórias cuja relevância se manifesta em vista do seu interesse prático: de acordo com o momento da avaliação, a função da avaliação, a procedência dos avaliadores e, por fim, os aspectos do programa

que são objetos da avaliação” (AGUILAR e ANDER – EGG, 1994 in BOSI, p. 76).

NOVAES, (2000) após a revisão da literatura identificou três grandes tipos de avaliação, a partir da combinação de algumas características. Esses três tipos de avaliação são classificados a partir das principais variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas na construção do processo avaliativo. Os critérios ou variáveis são:

1. Objetivo da Avaliação: priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramento da gestão);
2. Posição do avaliador: externo ou interno, por referência ao objeto avaliado;
3. Enfoque priorizado: interno, de caracterização/compreensão de um contexto, ou externo, de quantificação/comparação de impactos de intervenções;
4. Metodologia predominante: quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental /quase experimental;
5. Contexto da Avaliação: controlado ou natural
 1. Forma de utilização da informação produzida: demonstração/comprovação ou informação, instrumentalização;
 2. Temporalidade da avaliação: pontual, corrente e contínua.
 3. Tipo de juízo formulado: comprovação/negação de hipóteses, recomendações ou normas.

A seguir estão sintetizados os três tipos de avaliação propostos por NOVAES, (2000).

Avaliação para Decisão: O objetivo principal é ela se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de todo o processo de decisão, ou seja, que produza respostas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. O enfoque priorizado é o

do reconhecimento do objeto, na profundidade necessária para sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamentos possíveis, a metodologia adotada pode ser tanto qualitativa, quanto quantitativa. As informações produzidas são reconhecidas como melhor construídas, mais sistematizadas do que aquelas inicialmente disponíveis sobre o objeto avaliado, cujo valor intrínseco será medido por capacidade de se transformar em recomendações positivas, isso é, capaz de contribuir para a solução de problemas identificados.

Avaliação para Gestão: Tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado na busca do melhoramento da condição dada. É predominante a metodologia de natureza quantitativa. A informação produzida é prioritariamente voltada para o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores e o resultado desejado para essa avaliação é a proposição de critérios ou normas.

Pesquisa de Avaliação ou Investigação Avaliativa: O objetivo principal para seu desenvolvimento é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, à qual está vinculado, conhecimento que servirá como fator orientador de decisão, quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo, de recursos e demandas. O enfoque priorizado é o impacto obtido pelas ações a serem avaliadas. Quanto à metodologia, prevalece a de natureza quantitativa e a informação produzida deverá ser utilizada para demonstração dos pressupostos iniciais que orientaram todo o processo.

O presente projeto de pesquisa utiliza como referencial teórico, inicial, a concepção de 'Avaliação para Gestão', utilizando três dos seus eixos norteadores no presente estudo.

- Objetivo: a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado, não se trata da busca de fundamentos ou justificativas nem redirecionamentos, mas o melhoramento de condição dada. No caso em estudo, o aprimoramento da Atenção Básica.
- Metodologia: São predominantes as metodologias de natureza quantitativa, podendo estar, também, presentes, instrumentos com abordagem de natureza qualitativa, desde que passíveis de uso padronizado. Este estudo

utilizará tanto abordagem quantitativa, quanto a qualitativa, que irá avaliar o significado da expressão dos dados quantitativos. Uma breve análise dos indicadores quantitativos já tem suscitado a formulação de outras perguntas avaliativas que serão aprofundadas na abordagem qualitativa.

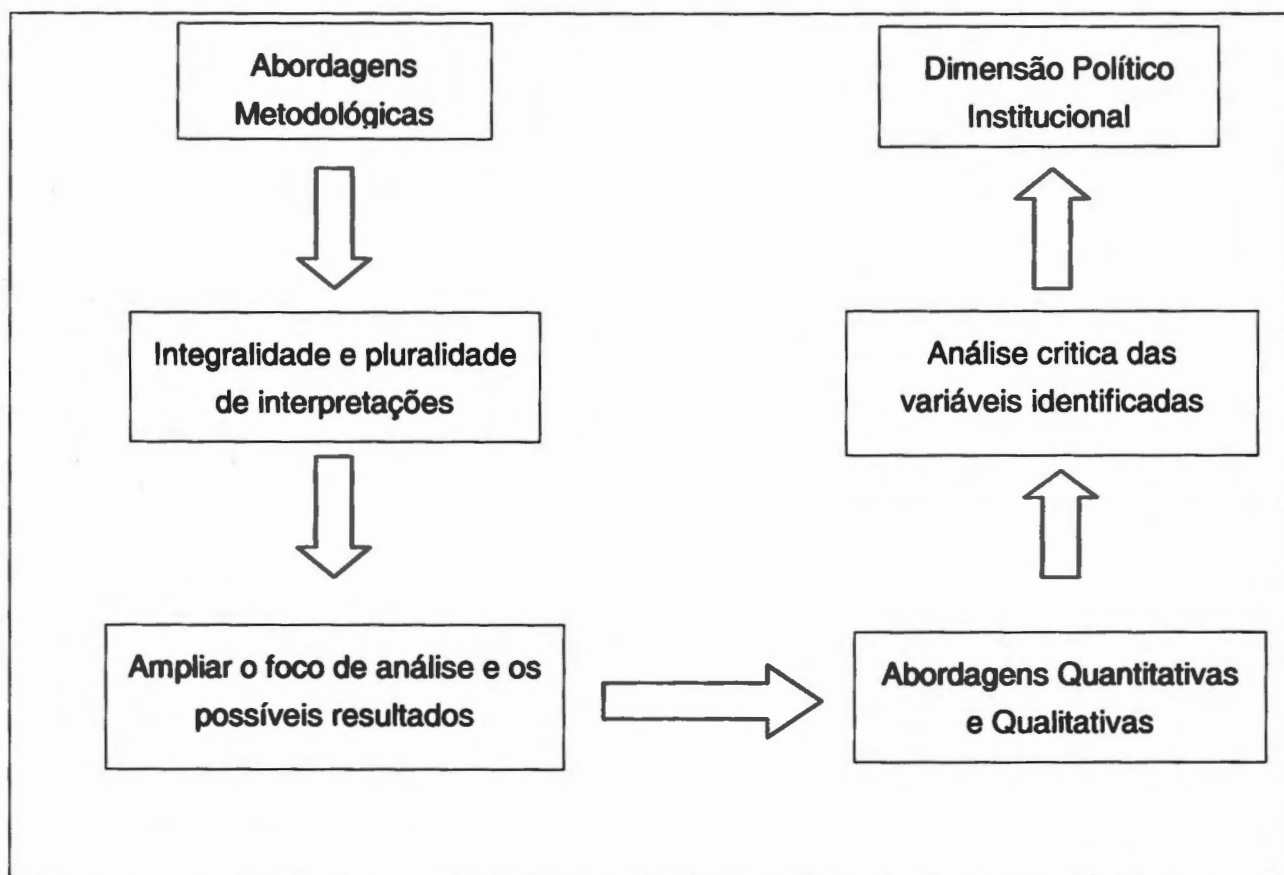
- Uso da informação produzida: é prioritariamente desenvolvida para o aprimoramento de indicadores, como partes que representem um todo. O resultado esperado para essa avaliação é aprimoramento, no desempenho rotineiro do objeto avaliado, contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento.

Partindo do pressuposto que o foco da avaliação, ou objeto, é sempre construído ou delimitado, pelos sujeitos envolvidos no ato de avaliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994), se torna imprescindível que as abordagens metodológicas a serem empregadas na investigação busquem a integralidade e a pluralidade de interpretações, no sentido de ampliar os focos de análise e as possibilidades interpretativas.

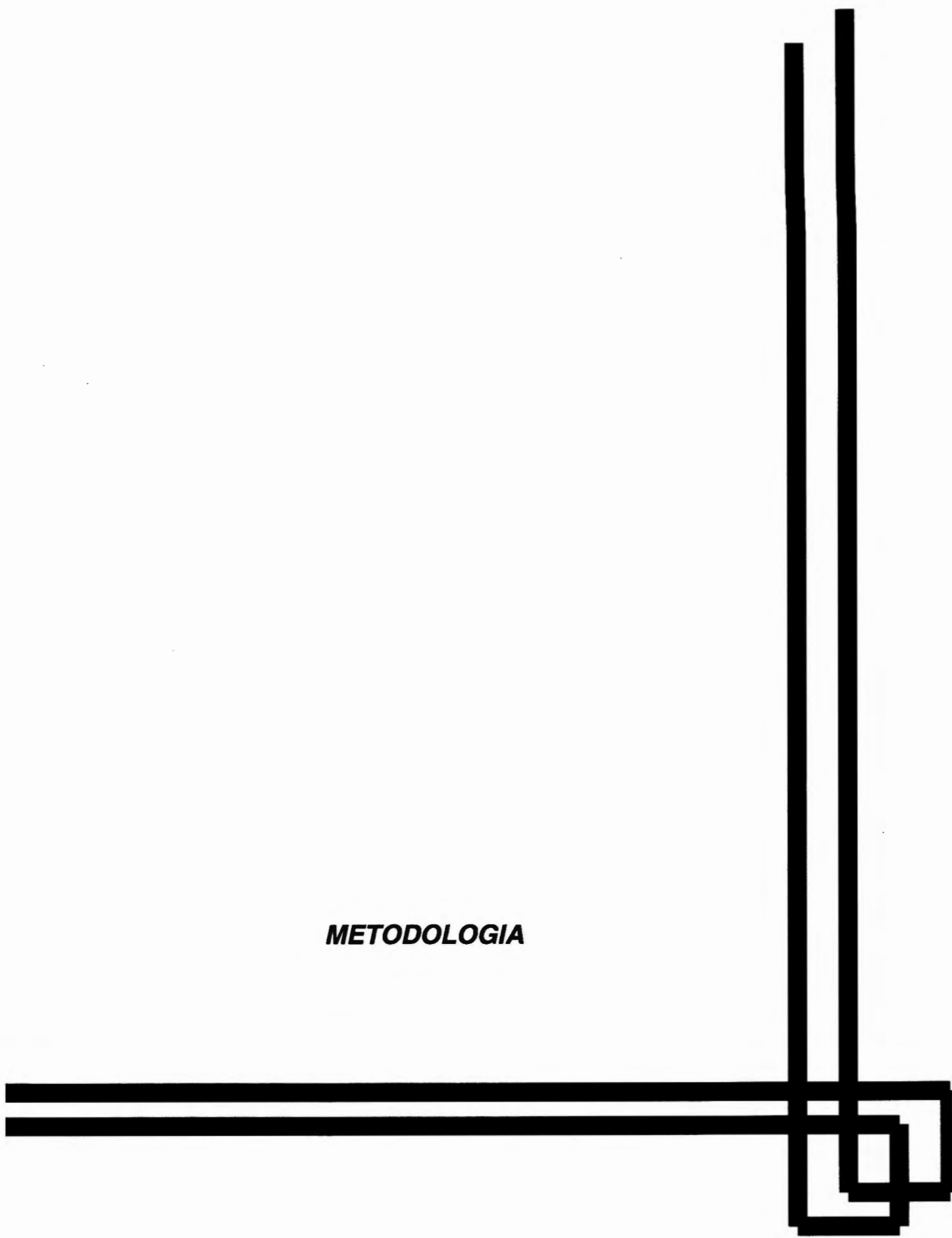
Essa concepção metodológica permitirá dimensionar questões norteadoras da avaliação da atenção básica para além do seu componente quantitativo, buscando alcançar as dimensões subjetivas e contextuais.

Na próxima página, a figura 01 sintetiza as principais características do referencial teórico deste projeto de pesquisa, que foram detalhadas anteriormente.

FIGURA I: CARACTERÍSTICA DO MODELO TEÓRICO ESCOLHIDO.



METODOLOGIA



5- METODOLOGIA

5.1- ESTRATÉGIA METODOLÓGICA – ESTUDO DE CASO

A necessidade de utilizar a Estratégia Metodológica de Estudos de Caso, surge do desejo de compreender fenômenos sociais complexos. O Estudo de Caso permite uma investigação para preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de setores econômicos.

Estudo de Caso é definido como *“uma investigação empírica, que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real e os limites entre os fenômenos e o contexto não estão claramente definidos”*. (YIN, 2005, p.32).

Contudo, para fins dessa pesquisa, que é um Estudo Avaliativo focado no processo decisório, será adotada a seguinte definição:

“A essência de um estudo de caso, a principal tendência de todos os estudos de caso é que ele tenta esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões, o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados”. (SCHRAMM in YIN p, 31).

Vale ressaltar, que esta definição cita o tópico das decisões como foco principal do Estudo de Caso. No entanto, para YIN (2005), citar o tópico é insuficiente para estabelecer a definição necessária de Estudo de Caso, mas suficiente para a presente pesquisa.

Diante dos objetivos definidos, o Estudo de Caso representa a estratégia mais adequada, pois propicia investigar questões do tipo ‘como’ e ‘porque’. Além disso, esta estratégia metodológica é, também, indicada, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e o foco se encontra em fenômenos

contemporâneos inseridos em contexto da vida real.

Para atingir os objetivos definidos no presente estudo, a escolha do Estudo de Caso como estratégia metodológica, foi definida tendo como base as seguintes condições apresentadas por YIN (2005):

- Enfrenta uma situação tecnicamente única, em que haverá muito mais 1 variáveis de interesse do que pontos de dados;
- Baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo e como outro resultado;
- Beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise de dados.

Nesse sentido, a estratégia metodológica do Estudo de Caso, compreende desde a técnica de coleta de dados, passando pelas abordagens específicas até a análise dos mesmos. (YIN, 2005).

Após a opção pela estratégia metodológica do Estudo de Caso, o passo seguinte foi definir se esse seria um Estudo de Caso Único ou Estudo de Caso Múltiplo. O autor supracitado preconiza que esta escolha deva ser feita antes do início da coleta de dados.

No geral, o projeto de caso único é justificável, quando o caso apresenta as seguintes condições:

- Um teste crucial da teoria existente;
- Uma circunstância rara ou exclusiva;
- Um caso típico ou representativo, ou quando o caso serve a um propósito;
- Revelador;
- Longitudinal.

Contudo, uma pesquisa pode conter mais de um caso único. Segundo YIN (2005) quando isto acontece, a pesquisa realizou um Estudo de Caso Múltiplo. Estudos de Caso Múltiplo apresentam vantagens e desvantagens,

Para HERRIOT e FIRESTONE, 1983, as evidências resultantes de casos múltiplos são consideradas mais convincentes, e o estudo global é visto como mais robusto.

Em um estudo de caso múltiplo, cada caso deve servir a um propósito específico dentro do escopo global da investigação. O estudo de caso múltiplo deve seguir a lógica da replicação. Ou seja, cada caso deve ser cuidadosamente selecionado de forma a:

- Prever resultados semelhantes (um replicação literal) ou;
- Produzir resultados contrastantes apenas por razões previsíveis (uma replicação teórica).

Considerando a situação exposta na introdução no qual se identifica a diversidade de contextos e os desafios da Gestão Plena do Sistema em municípios brasileiros, optou-se pelo Estudo de Caso Múltiplo visando uma maior abrangência e possibilidade de apresentar uma análise mais crítica dos resultados encontrados.

Tendo como base, que um projeto de pesquisa constitui a lógica que une o referencial teórico, a estratégia metodológica, os dados coletados, a análise destes dados e a resposta à pergunta de pesquisa, este projeto percorreu as seguintes etapas:

A - Seleção dos Casos

O universo de municípios utilizados para a seleção dos casos é igual ao total dos municípios com população maior ou igual a 100 mil habitantes do Estado de São Paulo.

Aqui vale destacar, conforme aponta, a Avaliação do Programa de Expansão e

Consolidação da Saúde da Família- PROESF, no Caderno Caracterização dos Municípios Paulistas, com população superior a 100 mil habitantes, quando se analisa a evolução da cobertura do PSF entre 1998 e 2003 para o Brasil, fica evidente o ritmo mais lento desta evolução nas grandes cidades. Este ritmo começa a se alterar nos últimos anos, indicando nova tendência de crescimento da cobertura do PSF. Vale destacar que apesar de um ritmo mais lento, quando comparado a municípios de pequeno porte, o processo de expansão foi ininterrupto.

A seleção dos casos para o presente estudo em municípios, com mais de 100 mil habitantes, se deu, a partir dos desafios (dificuldades e potencialidades) de organização da Atenção Básica em grandes centros urbanos, baseado nos seguintes critérios:

- a) Municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Único de Saúde.
- b) Possuir estrutura de serviços de saúde de média e alta complexidade e que atuem como pólos regionais do SUS;
- c) Oferta incremental de atenção básica, incluindo a estratégia do Programa de Saúde da Família;

Para selecionar os Casos, tendo por base os critérios acima descritos percorreu-se as seguintes etapas:

- Utilizando-se das bases de dados representadas pelos indicadores disponibilizados no site do DATASUS e pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, fez-se o primeiro recorte que foi selecionar os municípios em Gestão Plena do Sistema, independente do tipo de habilitação (NOB ou NOAS), pois o foco deste projeto é avaliar as repercussões da expansão da Atenção Básica em municípios em Gestão Plena do Sistema no Estado de São Paulo.
- Este primeiro recorte mostrou que apenas 04 Municípios do Estado de São Paulo, não estavam habilitados em Gestão Plena do Sistema;

- Excluídos estes municípios, fez-se o segundo recorte, ser município com mais 100 mil habitantes e ser município pólo, na lógica da territorialização preconizado pela NOAS 2001/2002;
- Entre os 62 municípios com mais de 100 mil habitantes, optou-se pela escolha de municípios do porte II (200.000 a 500.000 habitantes) e um do porte III (500.000 a 1 milhão de habitantes), de acordo com a classificação feita pelos Estudos Descritivos – I: Caracterização dos municípios paulistas, com população superior a 100 mil habitantes (CONSÓRCIO MEDICINA USP, 2006);
- Este mesmo estudo considerou os seguintes indicadores para analisar a capacidade instalada: Número de Unidades Básicas de Saúde; Número de Leitos SUS; Leitos e Hospitais públicos e privados. Segue a síntese dos principais resultados do referido estudo:
 1. A relação de UBS por 100 mil habitantes para o estado de São Paulo (8,18) é inferior à do Brasil (14,95) e da região sudeste (12,87). Contudo estes números estão acima do número ideal que é de 5 UBS por 100 mil habitantes. Nota -se uma grande amplitude entre os maiores e menores valores: Em Marília existem 21,98 por 100 mil habitantes, em São Bernardo do Campo é de apenas 3,24 por 100 mil habitantes. Ribeirão Preto apresenta 18 UBS por 100 mil habitantes.
 2. No Estado de São Paulo, dos 638 hospitais cadastrados, o que representa 11% do total nacional e 38% da região sudeste, 81 são hospitais estaduais, 101 municipais, 20 universitários, 62 contratados e 374 filantrópicos. Nos municípios de porte populacional II, encontra - se a maior parte dos hospitais municipais (38,8%). E os municípios, do porte populacional III, encontra-se a menor dispersão de leitos por 100.000 habitantes.
 3. O estudo apontou ainda para uma grande variação de distribuição de Leito SUS nos 62 municípios, de 0,1 por mil habitantes em Embu até 24,7 por mil habitantes em Franco da Rocha. Nos municípios com população entre 200

e 500 mil habitantes, o menor índice de leito /SUS fica em Embu, com 0,1 por habitante. Os municípios de Marília apresentam os maiores índices, com 5,2 leitos por habitante ano e Ribeirão Preto com índice mediano, diante dos resultados encontrados, com 3,6 leitos habitante/ano;

4. Com relação a rede ambulatorial. Os resultados mostram que os municípios de porte populacional II apresentam maior percentual de unidades ambulatoriais públicas, 91%. Enquanto, os municípios de porte III, concentram o maior número de unidades ambulatoriais privadas, 21,25%.
5. Os municípios com procedimentos de alta complexidade são: Barretos (17%), Jaú (11,2%), Ribeirão Preto (6,5%) e aqueles que possuem hospitais universitários, como no caso Marília (6,0%) e também Bragança Paulista (4,9%);

- A análise dos dados indicaram como possíveis casos para o Estudo, tendo por base a capacidade instalada, que é um dos critérios de inclusão, os seguintes municípios: Campinas, Barretos, São José dos Campos, Marília e Ribeirão Preto;
- Diante da viabilidade do trabalho de campo e a relação entre os objetivos da pesquisa e as características apresentadas pelo banco de dados, os municípios de Marília e Ribeirão Preto foram os casos selecionados.

B - Contato e Construção das Parcerias com os Gestores Municipais/Identificação de Informantes Chaves

Esta atividade tem por objetivo apresentar e discutir com os gestores municipais, o projeto de forma mais detalhada, os objetivos do projeto e o porque do município em questão ser um Caso selecionado, assim como, sistematizar a sua forma de participação no projeto.

A seleção dos municípios de Marília e Ribeirão Preto se confirmou após o

contato com os gestores de saúde local, que se mostraram disponíveis e interessados em colaborar com o desenvolvimento deste projeto de pesquisa.

Os respectivos gestores indicaram ainda, outros informantes da equipe que poderiam colaborar com este estudo. Estas pessoas aqui denominadas de informantes-chaves contribuíram elucidando dúvidas de dados quantitativos, e em outros momentos sendo fontes de dados qualitativos, ao serem entrevistados durante o trabalho de campo.

Outro fato que corroborou para estes municípios serem Casos selecionados foi não só a disponibilidade dos gestores atuais se disporem e também a suas equipes para contribuir com o estudo, mas também, a possibilidade de localização e a disponibilidade do Secretário Municipal de Saúde da gestão anterior participar do estudo, indicando ainda, pessoas que compuseram a sua equipe para contribuir com o estudo, sendo fonte de dados qualitativos da presente pesquisa.

Isso significou para o presente projeto a possibilidade de colher dados quantitativos de alguns indicadores selecionados e elucidar hipóteses suscitadas com as equipes que trabalharam em dois momentos históricos diferentes.

C - Coleta dos Dados

Mais do que em outras estratégias metodológicas, os Estudos de Caso exigem uma mente indagadora durante a coleta de dados. O resultado é o pesquisador criar um rico diálogo com as evidências, uma atividade que segundo (BECKER, 1998, p. 66) compreende:

- 1- Ponderar as possibilidades obtidas;
- 2- Sistematizar idéias em relação aos tipos de informação que se pode reunir;
- 3- Verificar as idéias à luz dessas informações;
- 4- Lidar com as discrepâncias inevitáveis entre o que se esperava e o que se descobriu ao se considerar as possibilidades de obter mais dados.

Existem I implicações importantes para definir e projetar a coleta de dados, quando se está utilizando a estratégia metodológica de Estudo de Caso, pois não se pode perder a perspectiva de que os mesmos “são estudos de eventos dentro de seus contextos na vida real”.

Os dados serão coletados de pessoas e instituições em suas situações cotidianas e não dentro dos limites controlados de um laboratório, da santidade de uma biblioteca ou das limitações estruturadas de um rígido questionário. Assim, em um Estudo de Caso é importante aprender a integrar acontecimentos da vida real às necessidades do plano traçado para coleta de dados.

Esse projeto de pesquisa coletou dados tanto de Fontes Primárias de Informação, como de Fontes Secundárias,

Primeiramente, foram coletados dados das fontes secundárias de informação, que são os dados quantitativos. De acordo com os objetivos do projeto e respeitando a estratégia metodológica do Estudo de Caso, a coleta de dados secundários – dados quantitativos, compreendeu duas fases:

1. Seleção dos Indicadores: O indicador é uma variável, característica ou atributo de Estrutura, Processo ou Resultado que é capaz de sintetizar e/ou representar maior significado ao que se quer avaliar.(TANAKA e MELO, 2001, p.19).

Ainda, para os autores supracitados, é importante diferenciar os termos DADOS e INFORMAÇÕES. Em princípio, o pesquisador encontra uma quantidade enorme de dados numéricos que são coletados periodicamente e de forma sistemática. Alguns desses dados serão transformados em informações, quando puderem ser analisados comparativamente.

Os indicadores selecionados devem ser capazes de relacionar a pergunta, objetivos da pesquisa e resultados esperados.

Estes indicadores quantitativos devem responder minimamente a pergunta de pesquisa, confirmando-a, contradizendo-a e/ou suscitando novas hipóteses, que devem ser elucidadas durante o trabalho de campo, principalmente com a coleta de informações qualitativas.

Nesse sentido, para a seleção dos indicadores deste projeto de pesquisa

observou além das características já descritas os seguintes critérios: (a) O indicador deve estar acessível, ou ser obtido em curto prazo e sem demandar muito trabalho; (b) Deve ter utilidade reconhecida por outros autores envolvidos na avaliação;

2- Escolha das Fontes de Coleta de Dados:

- Série Histórica - que permitirá a comparação dos parâmetros das metas estabelecidas;
- Consolidado do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica do Estado de São Paulo, que permitirá uma primeira aproximação com a organização da atenção básica dos municípios selecionados;
- O Pacto de Indicadores da Atenção Básica e Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em saúde do Estado de São Paulo;
- SIM - Sistema de informações de Mortalidade.
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de saúde
- SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
- SIH - Sistema de Informações Hospitalares

D - Identificação de hipóteses a partir da análise de dados quantitativos, que precisaram ser melhor elucidadas durante o trabalho de campo

Após as primeiras análises dos dados quantitativos foram identificadas hipóteses em relação ao objeto de estudo, que é a implementação da Atenção Básica. Estas hipóteses serão elaboradas para permitir uma melhor investigação e relação com os objetivos do estudo.

E - Preparação do Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada e Realização do Pré-Teste.

Uma diferença importante entre questionários e a coleta de dados feita por meio de entrevistas pessoais é que as entrevistas permitem esclarecimento e sondagem. As entrevistas são úteis, quando a finalidade da coleta de dados é a necessidade de obter informações com profundidade e levam a uma grande riqueza de informações em termos de informações.

Neste estudo, a entrevista tem como objetivo descrever, explicar e interpretar os fenômenos estudados. Nesse sentido, a preparação do roteiro é importante e necessária, pois deve estar pautada na necessidade de explicação de fenômenos apontados na análise quantitativa e que precisam ser elucidados.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro, estruturado em 4 tópicos:

- Os principais eixos da Política Municipal de Saúde;
- Como se deu o processo de expansão da Atenção Básica e implantação do PSF;
- Como está organizada ou qual a política de investimento em média e alta complexidade, a partir da expansão da Atenção Básica/Implantação do PSF;
- Estratégias de integração da Atenção Básica à rede de serviços, mecanismos de referência e contra-referência, resultados da experiência de integração, principais dificuldades e ajustes necessários para constituição de uma rede integrada.

5.2 - Etapas da Análise de Dados

A Estratégia de Estudo de Caso, exige que o pesquisador tenha habilidade para aprender a integrar os acontecimentos do mundo real as necessidades do plano traçado para a coleta de dados (YIN, 2005). Por exemplo, ao entrevistar pessoas chaves, o

pesquisador deve trabalhar em conformidade com o horário e disponibilidade do entrevistado.

Outra característica importante é que o Estudo de Caso permite incorporar abordagens tanto quantitativas, como qualitativas e diversas técnicas de observação, de obtenção de dados e de análise dos mesmos.

O presente projeto de pesquisa seguiu os três princípios recomendados em um estudo de caso, durante a preparação e efetivação da coleta de dados:

1- Utilizar várias fontes de coleta de dados. O presente projeto de pesquisa irá trabalhar tanto com fontes secundárias (dados quantitativos), como fontes primárias (dados qualitativos). Esse processo está detalhado no próximo item do projeto.

2- Criar um banco de dados para o estudo de caso. Esse procedimento permite organizar e documentar os dados coletados para o estudo de caso. Essa sistematização é importante, pois conferir mais formalidade ao estudo.

3- Manter o encadeamento lógico dos dados coletados. A fim de aumentar a confiabilidade das informações em um estudo de caso, é necessário manter um encadeamento dos dados. Esse princípio consiste em permitir que um observador externo, siga a origem de qualquer evidência, indo das questões iniciais da pesquisa até as conclusões finais.

5.2 .1 Abordagem Quantitativa

Para tornar a análise mais factível, confiável e relevante, os dados quantitativos foram colocados em tabelas e gráficos, o que permitiu uma visualização mais objetiva e, conseqüentemente, uma melhor análise comparativa. Após a preparação dos dados, a análise cumpriu as seguintes etapas:

- 1) Análise dos dados absolutos coletados, quando foi necessário , por razões de contexto foram transformados em taxas ou razões;
- 2) Análise comparativa dos dados, com base nos parâmetros definidos anteriormente;
- 3) Averiguar como as perguntas avaliativas estão sendo respondidas, tendo como base a análise dos dados quantitativos, extraídos dos sistemas de informação mencionados.

Quando a análise revelou fragilidade dos dados, informações conflitantes, ou trouxe outras informações importantes para a pesquisa (aquelas que respondem favoravelmente ou não a pergunta de pesquisa), outras hipóteses foram formuladas e investigadas durante o trabalho de campo com a coleta de dados qualitativos.

5.2.2- Abordagem Qualitativa

A partir dessa análise quantitativa inicial, baseada em dados secundários disponíveis, foram formuladas novas perguntas avaliativas que subsidiaram a segunda etapa da pesquisa.

Essa fase coletou dados primários qualitativos, com objetivo de compreender o funcionamento do Sistema de Saúde Local, a partir da expansão da Atenção Básica.

Ou seja, relacionar as repercussões no sistema a partir do investimento na Atenção Básica, enquanto política para organização do Sistema de Saúde.

Segundo DESLANDES e GOMES (2004), a Abordagem Qualitativa não possui um conjunto de métodos específicos, utilizando-se de várias estratégias de coleta de dados tais como: narrativas de conteúdos, de discursos, da semiótica, de etnografias, e de forma recorrente, dialogando com os métodos quantitativos a exemplo deste estudo.

Existe na literatura uma variedade conceitos, que buscam definir Pesquisa Qualitativa ou Abordagem Qualitativa.

CHIZZOTI (1991), “ressalta que a abordagem qualitativa tem como identidade o

reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre sujeito e o objeto e uma postura interpretativa, portanto não neutra do sujeito observador, que atribui um significado aos fenômenos que interpreta”

DESLANDES e ASSIS (2002), afirmam que apesar da diversidade entre as abordagens qualitativas, existe o propósito comum em analisar o significado atribuído aos fatos, relações e práticas, isto é, avaliando tanto as interpretações quanto as práticas do sujeito. O objetivo deste projeto ao recorrer à abordagem qualitativa.

MINAYO (1992), ressalta que a pesquisa qualitativa a partir do campo das ciências sociais costuma ter como foco de estudo as instituições, os grupos, os movimentos sociais e o conjunto de interações sociais. Tomando as ciências sociais como base da pesquisa qualitativa, seu objeto reflete uma historicidade (sociedades humanas vivem o presente, estão marcadas pelo passado e projetadas para o futuro); uma consciência histórica (seres humanos e grupos sociais atribuem significado e intencionalidade a suas ações); uma identidade entre sujeito e objeto (investigador e investigados, embora com referenciais diferentes partilhem da cultura humana) e um caráter ideológico (nele se refletem interesses e visões de mundo).

Contudo é importante ressaltar, que:

“o mais importante é saber com clareza que existe um interesse cada vez maior em combinar abordagens quantitativas e qualitativas na avaliação em saúde, o que significa no mínimo realizar uma avaliação mais abrangente”. (TANAKA e MELO 2001, p. 38),

Dentre as características que reforçam esta necessidade, ainda segundo os autores supracitados, destaca-se para este projeto a necessidade de descrever, explicar e interpretar os fenômenos identificados, tendo como pressuposto que a Abordagem Quantitativa não deve ser considerada como algo infalível e que expressa uma verdade absoluta.

Utilizando-se do instrumento de entrevista semi estruturada foram coletados dados de atores sociais locais: Gestor Municipal, Coordenador da Atenção Básica, Responsável pelo Departamento de Informação, Responsável pelo Fundo Municipal de

Saúde, Responsável pelo Departamento de Auditoria, Avaliação e Controle.

No caso do presente Estudo, observou-se, a necessidade de explicitar a hipótese de que a assistência a saúde, nos níveis de especialidade, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, se mostrou, pela análise dos dados quantitativos, e tendo como base outros estudos encontrados na revisão bibliográfica (RELATÓRIO DA 11^A CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE in FRANCO et al, 2004,p125-133), um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde, a partir da expansão da Atenção Básica.

As entrevistas foram interpretadas, utilizando como referencial a Análise de Conteúdo da Bardin. Segundo esta autora, “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 2004, p.27).

Essa mesma autora (p. 24) “é dizer não a leitura simples do real”, Ela ressalta que desde se começou a lidar com comunicações que se pretende compreender para além de seus significados imediatos, o que torna útil o recurso da análise de conteúdo.

De um modo geral, a análise de conteúdo tem dois objetivos:

- **Superação da Incerteza:** O que eu julgo ver na mensagem estará lá efetivamente contido. Será que minha leitura é válida?
- **O Enriquecimento da Leitura:** Se um olhar imediato, espontâneo, já é fecundo, não poderá uma leitura atenta aumentar a pertinência? Pela descoberta de conteúdos de estruturas que confirmam (ou informam) o que a mensagem quer passar.

Esses dois pólos, desejo de rigor e necessidade de descobrir, de ir além das aparências expressam as linhas de força da análise de conteúdo, enquanto conjunto de técnicas para análise de entrevistas.

Nesse sentido para interpretar as entrevistas realizadas com informantes chaves dos municípios selecionados, percorreu-se as seguintes etapas:

- I. **Codificação dos entrevistados.** Cada informante chave (entrevistado) foi codificado com um número, escolhido aleatoriamente, com o objetivo de evitar viés durante a leitura e desconstrução das entrevistas.

- II. Identificação dos eixos a serem trabalhados. Esses eixos foram selecionados tendo como referência a pergunta de pesquisa, objetivos e os dados encontrados na análise dos dados quantitativos: a) Integralidade Horizontal; b) Integralidade Vertical; (TANAKA, 2006)
- III. O presente trabalho considera *Integralidade Horizontal* aquela atenção a saúde que visa expandir a aplicação do conceito saúde-doença, englobando a identificação de determinantes sociais, variáveis de risco que possibilitem a incorporação de tecnologias de intervenção no mesmo nível de complexidade da oferta, no caso específico do presente estudo na atenção básica e *Integralidade Vertical* compreende a atenção a saúde de forma a garantir a necessária organização que possibilite a resolutividade de acordo com a utilização de tecnologia disponível em outros níveis de atenção do sistema de saúde. (TANAKA 2006);
- IV. As entrevistas foram transcritas literalmente, e seu conteúdo comparado com as anotações de campo, com o objetivo de comparar o conteúdo transcrito com as impressões da equipe.
- V. As entrevistas foram relidas, com o objetivo de fazer uma primeira desconstrução das falas e codificadas segundo os eixos acima. Para BARDIN (2004, p 34), A *descrição* (enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária. A próxima fase é da *Inferência*, que permite a passagem controlada da descrição para a interpretação, A *interpretação* (a significação concedida a estas características) é a última fase,
- VI. Após as codificações das falas das entrevistas, verificou-se a necessidade de construção de um instrumento de análise, com o objetivo alocar as falas em cada um dos eixos, e para cada uma delas fazer as inferências, que foram construídas a partir das respostas às perguntas, essenciais para a análise de conteúdo: a) O que conduziu a determinado enunciado? Este aspecto diz respeito a causa ou antecedentes da mensagem; b) Quais as conseqüências que um determinado enunciado vai provavelmente provocar? Isto se refere aos possíveis efeitos mensagens (BARDIN, 2004);
- VII. O instrumento possibilitou estabelecer correspondência entre a estrutura semântica ou lingüística (que é a estrutura da mensagem em si, sem

análise, ou análise superficial) e as estruturas psicológicas ou sociológicas (as atitudes, intenções, ideologias);

- VIII. O primeiro instrumento para a construção das inferências teve a seguinte estrutura (Anexo I): Informante chave (codificado), a data da análise, o trecho de fala destacado, o eixo de análise e a idéia central que identifica o texto destacado. Esse passo corresponde à passagem da leitura normal para as variáveis inferidas (Análise de Conteúdo);
- IX. Após a sistematização deste instrumento, procedeu-se a interpretação das falas tendo como base as duas questões principais da pesquisa: Expansão da Atenção Básica e as Repercussões da Expansão;
- X. As falas que conotavam estas duas expressões foram reagrupadas em outro instrumento de análise, com os eixos: Integralidade Horizontal e Vertical. Este instrumento ficou estruturado da seguinte forma (Anexo II): a) As verbalizações desta concepção; b) As verbalizações das repercussões.

O cumprimento destas etapas, utilizando inicialmente dados secundários coletados e disponíveis no sistema, complementado por dados primários permitiu a discussão dos resultados e algumas reflexões.

PRIMEIRO CASO: MARÍLIA



6- RESULTADOS E DISCUSSÃO DE MARÍLIA

Percorrendo as etapas preconizadas pelo protocolo de condução de um Estudo de Caso, que vai desde a seleção do caso, passando pela coleta dos dados até a discussão dos mesmos e, tendo como referência a pergunta de pesquisa, seus objetivos, a referência metodológica adotada, observou-se os seguintes resultados no Município de Marília, enquanto unidade de análise deste estudo.

Marília está situada na região Centro Oeste paulista do Estado de São Paulo, a uma distância de 376 km da capital, possui uma população estimada em 209.321 habitantes.

Sua área é de 1.194 Km², sendo 42 Km² de área urbana possui 93,4% de taxa de urbanização e 99% dos domicílios estão ligados à rede de abastecimento e 95% às redes coletoras de esgoto.

A rede de Municipal de Educação possui um total de 24 Escolas Municipais de Educação Infantil – EMEI, 16 Escolas de Educação Fundamental – EMEF e 03 Berçários Municipais. A Rede Estadual conta com 34 Unidades entre Escolas de Ensino Fundamental e Médio. A Rede Particular conta com 14 Unidades de Ensino Regular e 02 de Ensino Supletivo Profissionalizante.

Compõe, ainda, a rede de educação de Marília 02 Universidades, 01 Fundação de Ensino Superior e 01 Autarquia Estadual de Ensino Superior.

Na área de Assistência Social, o município conta com programas voltados à população de rua, crianças e adolescentes (Casa do Pequeno Cidadão), aos idosos (Centro do Idoso) e às mulheres vítimas de violência (Casa Abrigo).

Quanto à economia, o município é considerado Pólo Nacional na área Alimentícia, devido ao grande número de indústrias voltadas à produção de massas, balas, doces e biscoitos, totalizando 17% da produção nacional do gênero.

6.1 Análise dos Dados Quantitativos

Na área de saúde, objeto desta pesquisa, o município de Marília foi habilitado em junho de 1998 à forma de Gestão Plena do Sistema de Saúde, segundo a NOB 01/96. Possui a seguinte infra - estrutura que conforma a seu Sistema de Saúde:

Tabela I - Rede Básica de Atenção a Saúde nos anos de 2000 a 2005, no município de Marília.

| TIPO DE UNIDADE | 2000 | 2001 | 2003 | 2003 | 2004 | 2005 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Unidades Básicas de Saúde | 16 | 17 | 14 | 13 | 13 | 12 |
| Unidades de Saúde da Família | 07 | 08 | 13 | 24 | 25 | 28 |

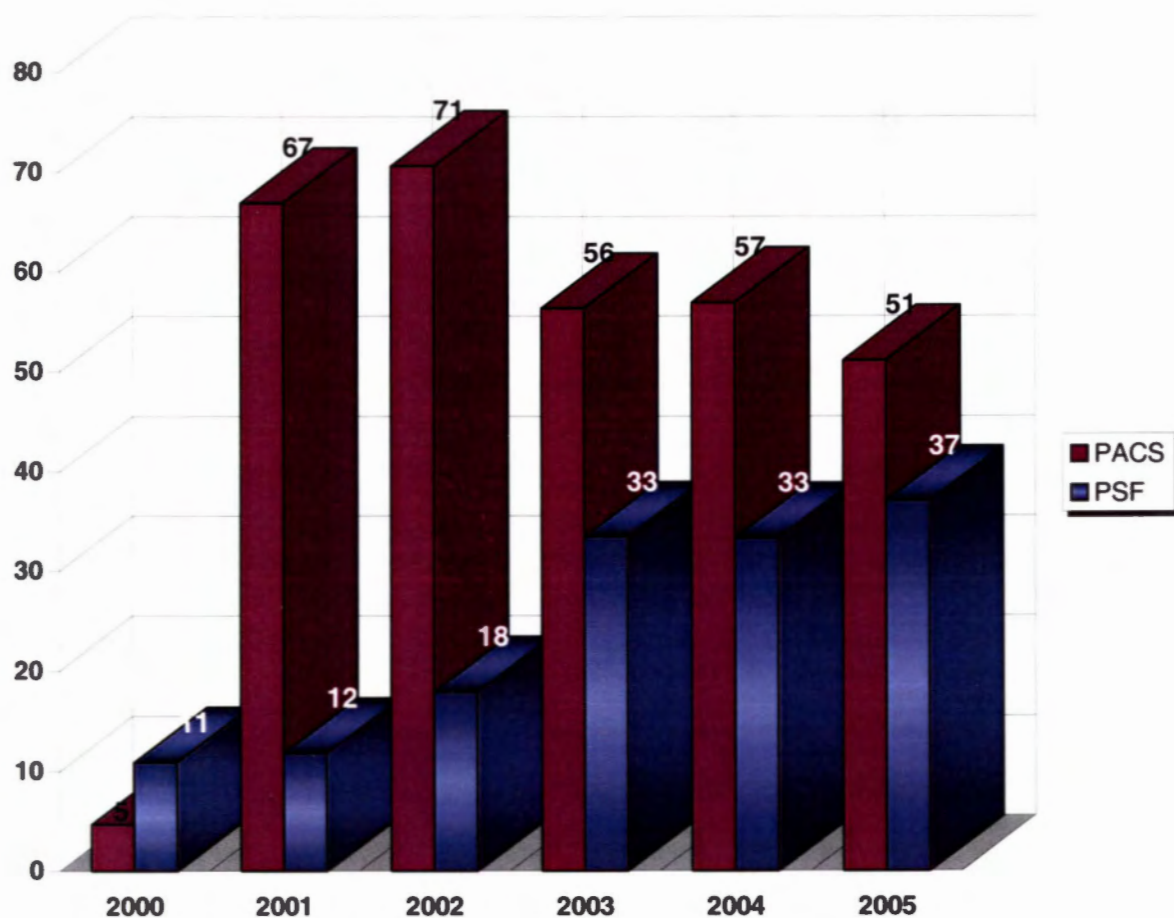
Fonte: Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, anos 2000 a 2005.

Essa infra-estrutura possibilitou, uma cobertura, no ano 2000, de 10,86% pelo Programa de Saúde da Família e de 4,68% pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em 2005 estas coberturas foram de 51,1% e 37% respectivamente, conforme ilustra o gráfico I.

Essa cobertura significa o crescimento de 3,42 Equipes de Saúde da Família por 100 mil habitantes em 2000 para 11,79 equipes por 100 mil habitantes em 2004.

Complementando este dado, de acordo com outros estudos realizados, embora os municípios com maior porte populacional, tenha o menor número de UBS, por 100 mil habitantes, Marília é uma exceção, pois apesar de classificada como município de porte populacional II (200 a 500.000 habitantes), este município tem um dos maiores números de UBS, por 100 mil habitantes, um total de 21,98.(Consórcio de Medicina da USP, 2006).Muito superior a média da região sudeste que é de 12,27.

Gráfico I - Percentual da população coberta pelo PACS e PSF no Município de Marília, período de 2000 –2005.



Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde

Entre os municípios classificados no porte populacional II, Marília apresenta, uma cobertura de PSF e PACS, superior a média outros municípios do grupo de porte populacional II e superior, também, a média da região sudeste.

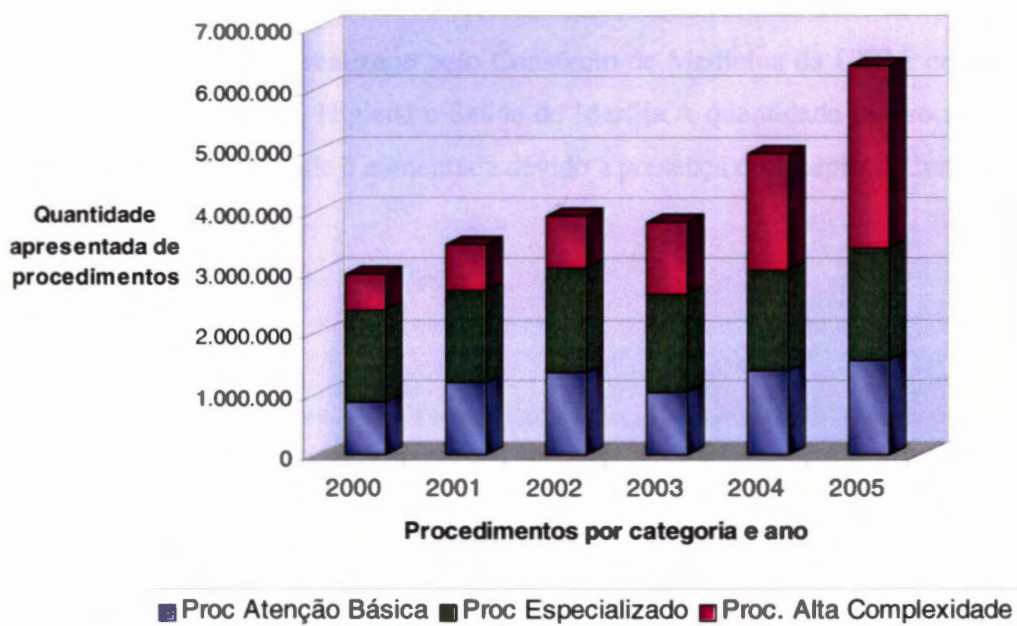
Dos municípios do porte populacional II, 13 possuíam PSF e PACS, 8 só PSF e 02 não tinham nada. Isso significa que 20,13% da população coberta por PSF e PACS, no ano de 2004 (Tabela 43, Consórcio Medicina, USP, 2006).

Segundo, documentos da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, prioridades 1997-2000, já apresenta preocupação em propiciar instrumentais técnicos para que o nível local junto com os coordenadores de área definam as clientelas das UBSs. Desde então já apresenta preocupação com a territorialização, a partir da

delimitação da área de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde (o território da UBS), será possível identificar os principais problemas de saúde que afetam a comunidade.

Essa preocupação, desde 1997, pode ter contribuído para ter uma implantação diferenciada do PSF, em relação a região sudeste, e também, em relação a outros municípios de porte populacional II.

Gráfico II - Evolução dos procedimentos ambulatoriais, por categoria, no município de Marília, nos anos de 2000 a 2005.



Fonte: DATASUS - Ministério da Saúde

Como pode ser observado no gráfico II, ocorreu no município de Marília, entre os anos de 2000 e 2005 um significativo aumento da produção dos três tipos de procedimentos. Os procedimentos de alta complexidade registraram um aumento de cerca de 400%, ao passo que os procedimentos relacionados à atenção básica cresceram 78%.

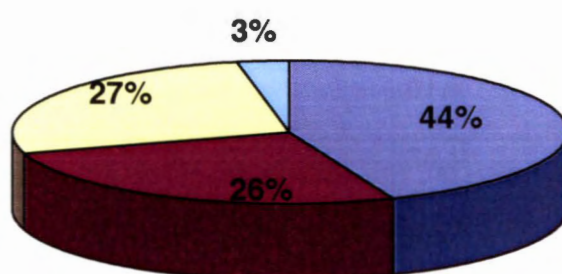
Observa-se, ainda, que os procedimentos de alta complexidade sustentam, em todo o período, uma tendência de crescimento, enquanto que os procedimentos de média complexidade e os da atenção básica, sofrem variações ao longo dos anos, registrando inclusive queda de produção, como pode ser observado para os procedimentos da atenção básica, principalmente no ano de 2003.

Contudo, vale ressaltar que é possível observar no gráfico anterior o crescimento da cobertura do PSF, ao longo desses anos. Vale ressaltar que o número de encaminhamento para atendimento especializado por 100 consultas de PSF/ano passou de 3,75 em 2000 para 9,71 em 2004,(Consórcio Medicina USP, 2006) Esses dados acompanham o aumento de cobertura nesses anos, o pode significar tanto a baixa resolutividade da Atenção Básica/PSF, como aumento de acesso.

Segundo, o estudo realizado pelo Consórcio de Medicina da USP e documentos da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. A quantidade de procedimentos de média e alta complexidade é aumentada devido a presença do Hospital Universitário.

Gráfico III - Distribuição percentual, dos grupos de procedimentos, executados no nível da Atenção Básica, no município de Marília, acumulados entre os anos de 2000 a 2005.

Distribuição percentual, dos grupos de procedimentos, executados nível da Atenção Básica, no município de Marília, acumulados entre os anos de 2000 a 2005



- Ações de Enfermagem /Outros de saúde Nível Médio
- Ações Médicas Básicas
- Ações Básicas em Odontologia
- Ações Executadas por Prof Nível Superior

Fonte: DATASUS - Ministério da Saúde

Dentre os procedimentos de atenção básica, desmembrados no gráfico III, aqueles tipificados como Ações Médicas Básicas e, entre eles, as Consultas Básicas, representam 44% deste tipo de procedimento. Esse procedimento foi selecionado para desdobramento da análise categoria da Atenção Básica, tendo em vista a sua capacidade de gerar demanda para as demais categorias e, portanto, forte potencial de reflexo nos demais níveis de assistência.

Complementando estes dados, análise do indicador – Resultados da Atenção Básica-da Pesquisa de Avaliação do Programa de Saúde da Família/ Caracterização dos municípios paulistas, com população superior a 100 mil habitantes, revela que as

consultas médicas de PSF por mil habitantes (no montante das consultas médicas básicas), passou de 7, 45/1000 hab em 2000 para 21,23/1000/hab em 2004.

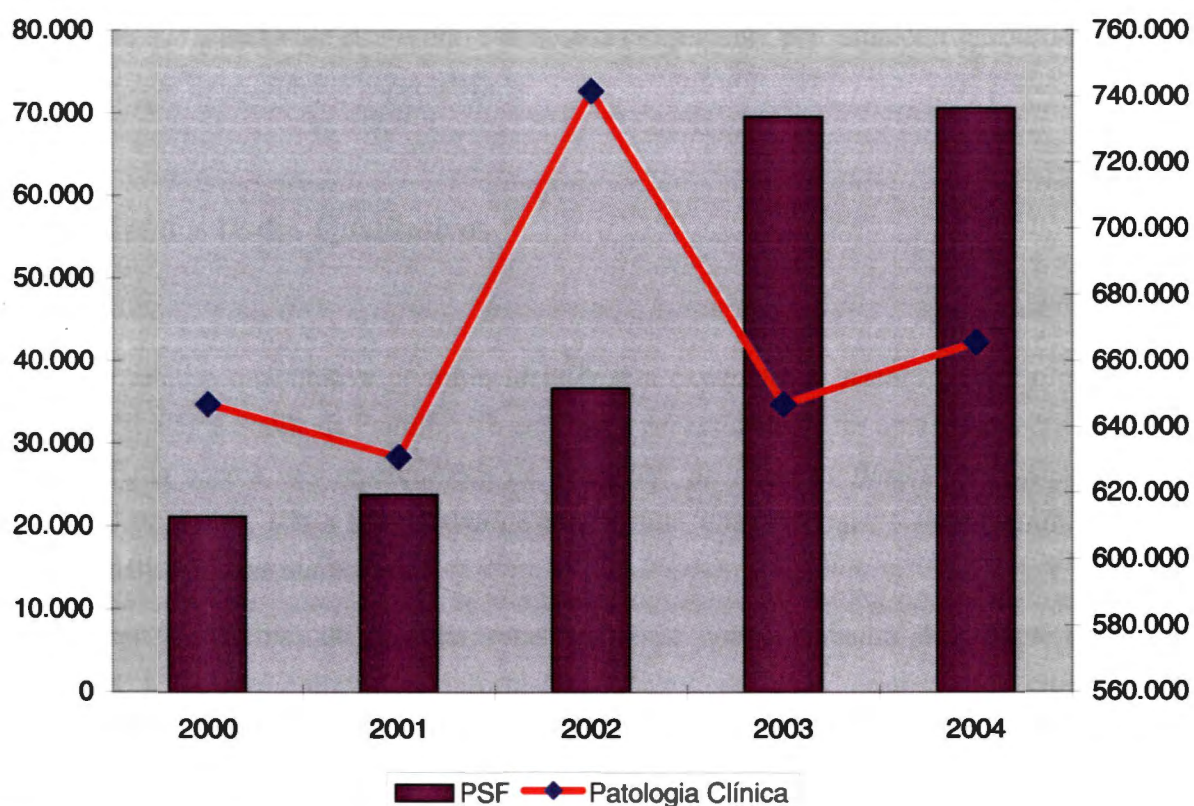
Tabela II - Distribuição dos procedimentos ambulatoriais em percentuais para o Estado de São Paulo e para o Município de Marília, em 2005.

| Categoria do Procedimento | Estado de São Paulo | Marília |
|----------------------------------|----------------------------|----------------|
| Atenção Básica | 41,6 | 24,4 |
| Especializados | 36,5 | 29,2 |
| Alta Complexidade | 21,9 | 46,4 |
| Total | 100 | 100,00 |

Fonte: DATASUS - Ministério da Saúde

A tabela II demonstra o maior percentual de procedimentos de média e alta complexidade do que aqueles relacionados com a categoria da atenção básica. Esta inversão não acompanha o padrão verificado para o Estado de São Paulo, como um todo, onde predomina na produção ambulatorial os procedimentos de atenção básica, seguidos pelos de média complexidade e, por último, pelos de alta complexidade.

Gráfico IV - População coberta pelo PSF e evolução de exames de patologia clínica, no Município de Marília, período de 2000 – 2004.



Fonte: DATASUS-Ministério da Saúde

O Município se apresenta, como um destacado pólo de produção de serviços de saúde, todos os indicadores analisados ultrapassam o Estado como um todo e os parâmetros nacionais estabelecidos pela portaria MS 1101.

Verifica-se uma supremacia dos procedimentos de média e de alta complexidade. No caso dos procedimentos ambulatoriais, este achado parece resultar de um processo de incremento na produção destes procedimentos, que parece acentuar-se a partir de 2002 paralelamente a uma redução na produção dos procedimentos de atenção básica cuja curva, em 2004, é ultrapassada pela curva dos procedimentos de alta complexidade e em 2005 pela curva dos procedimentos de média complexidade.

Contudo, o que chama mais atenção nesses dados de produção são os procedimentos de média e alta complexidade crescerem, ao mesmo tempo, que o

município investia na Estratégia de Saúde da Família.

Por fim, outras vertentes para aprofundamento das investigações sobre integralidade e repercussões da implementação da Atenção Básica dizem respeito ao questionamento acerca da necessidade dos quantitativos produzidos, testando-se a hipótese de que a demanda está sendo estimulada tão somente por uma oferta excessiva principalmente de tecnologia especializada.

6.2 Análise dos Dados Qualitativos

A análise quantitativa permitiu identificar a expansão da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família. No entanto, a necessidade de ter uma compreensão mais profícua acerca das repercussões da Expansão da Atenção Básica, no Sistema Municipal de Saúde, sob a perspectiva de informantes-chaves locais, se constituiu o foco de análise da fase qualitativa.

Com o objetivo de elucidar estas questões, que o trabalho de campo foi delineado, a equipe entrevistou informantes-chaves de duas gestões municipais diferentes. Num primeiro momento foram entrevistadas 03 informantes-chaves da gestão, que compreendeu o período de 1998 a 2004, gestão com o mesmo secretário de saúde, e em seguida foram entrevistadas 06 informantes da gestão que compreende o período subsequente que se iniciou no ano de 2005.

No primeiro período de gestão (1998 a 2004), foram entrevistados: os ocupantes dos seguintes cargos: Secretário Municipal de Saúde, Coordenador da Atenção Básica e o Responsável pelo Sistema de Informação.

Para a Gestão que se iniciou em 2005 foram entrevistados: Secretário Municipal de Saúde, o Coordenador do Programa de Saúde da Família e Atenção Básica, e a responsável pela Área de Informação da Secretaria Municipal de Saúde, o Responsável pelo Fundo Municipal de Saúde, um Assessor do Gabinete e o Responsável pelo Departamento de Controle, Auditoria e Avaliação.

Contudo, a maioria destes informantes, já trabalhava na gestão anterior (ainda que não como responsáveis pelas respectivas áreas) e tinham o histórico da implementação de políticas de saúde no município.

As entrevistas semi estruturadas foram analisadas, usando o referencial de Análise de Conteúdo, conforme explicitado no item análise de dados, descritona metodologia deste projeto (BARDIM, 2004).

Estas planilhas e suas respectivas análises podem ser observadas a seguir:

Quadro I - Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Marília, 2006- Eixo Integralidade Horizontal

| <p>Concepção dos informantes chaves sobre Atenção Básica</p> | <p>Verbalizações da Concepção</p> | <p>Verbalizações das Repercussões</p> |
|--|--|--|
| <p>Expansão da Atenção Básica, tendo o PSF como modelo estruturante.</p> | <p>1- Como Marília tinha uma rede grande, a proposta era ir (com o PSF), para locais onde a população precisava, de condição sócio econômica baixa, levando em conta uma carência de risco que o município tinha, tudo uma substituição do modelo, mas no sentido de complementar o que já tinha . No sentido de complementaridade</p> | <p>a) É uma coisa que ficou muito precária (a implantação do PSF), deixou a desejar. Tanto é que até hoje população ainda não consegue entender isso (como funciona o PSF) e a maioria quer especialista, para atender lá (no PSF).</p> <p>b)(Na Conferência Municipal de Saúde) você vê de tudo, então você vê gente querendo que implante o PSF na área dele, você vê gente que é da área de PSF e quer voltar para Unidade Básica de Saúde. Então é uma avaliação difícil da gente estar contando, porque se a agente for fazer um levantamento a gente vai encontrar diversas variáveis.</p> |

Neste quadro I, observa - se pelas verbalizações que uma das variáveis envolvidas no processo de expansão da Atenção Básica, são os territórios desprovidos de assistência à saúde, ou onde está assistência esta alocada de forma muito deficitária (... “onde a população precisava...”). Estas áreas tinham como característica comum a baixa condição sócio econômica e serem consideradas áreas de risco, sob ponto de vista de Saúde Pública.

Nestas áreas a expansão da Atenção Básica, se dava pela implantação da Estratégia Saúde da Família, neste sentido observa –se pela verbalização acima, que o objetivo era se iniciar a partir destas áreas, em uma substituição de modelo da Atenção Básica Tradicional pelo Programa de Saúde da Família. A coexistência de dois modelos de atenção e o desconhecimento da população sobre a Estratégia Saúde da Família é um dos desdobramentos (conseqüência) desta forma de ampliação da Atenção Básica.

Vale ressaltar, que esta mesma verbalização deixa evidente que a diretriz da Política de Saúde Municipal, é a utilização da Estratégia Saúde da Família como conversão do modelo de atendimento (...” tudo uma substituição do modelo...”) e a não se restringe a expansão da Atenção Básica para territórios descobertos de serviços de saúde.

Quadro II - Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Marília, 2006- Eixo Integralidade Horizontal.

| Concepção dos informantes chaves sobre Atenção Básica | Verbalizações da Concepção | Verbalizações das Repercussões |
|--|--|---|
| <p>Expansão da Atenção Básica, tendo o PSF como modelo estruturante.</p> | <p>2- Entramos num processo de expansão. Quando a gente saiu, a gente estava com 28 equipes. Terminamos a gestão com 28 ESF e 12 UBS. Porque algumas foram sendo transformadas, era óbvio.</p> <p>3- Nós começamos com uma cobertura de 5% , a gente estava com uma cobertura de 25%, mais a equipe de saúde da família de 40% , e em algumas 80,70.</p> | <p>c- Algumas Unidades Básicas de Saúde foram fechadas para dar espaço ao PSF e isso é uma coisa que até hoje agente sofre forte cobrança da sociedade em cima disso. É que não houve preparo adequado para eles aceitarem isso.</p> <p>d- população questiona muito isto daí , questiona a falta de um pediatra, de um ginecologista.</p> <p>e- É uma coisa que ficou muito precária (a implantação do PSF) , deixou a desejar . Tanto é que até hoje a população ainda não consegue entender isso (como funciona o PSF) e a grande maioria quer especialista para atender lá.</p> |

O quadro II traz as verbalizações dos desdobramentos da expansão da Atenção Básica, sob a ótica da percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde. Estas falas retratam a resistência de mudança do modelo, por falta de maior entendimento da concepção e da lógica de organização e funcionamento do Programa de Saúde da Família, ainda que a demanda por um sistema de saúde melhor seja constante,” - É uma coisa que ficou muito precária (a implantação do PSF) , deixou a desejar . Tanto é que até hoje a população ainda não consegue entender.”

Quadro III - Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Marília, 2006 - Eixo Integralidade Horizontal.

| Concepção dos Informantes Chave sobre Atenção Básica | Verbalizações da Concepção | Verbalizações das Repercussões |
|--|---|---|
| <p>Expansão da Atenção Básica, tendo o PSF como modelo estruturante.</p> | <p>4- Hoje a gente está num momento assim, de trabalhar inclusive a resolutividade. A gente ouve falar – ah, a atenção básica tem que dar conta de 80% dos problemas de saúde. Como deveria, mas se a gente fizer um levantamento agente encontra dificuldade na questão da capacitação profissional.</p> | <p>f- O mais importante para mim é você ter um profissional na rede que seja capacitado, consiga examinar, consiga fazer o diagnóstico e que não dependa tanto de exame complementar.</p> <p>g- Eu estou aqui há um ano e meio , eu acho que já entraram uns 10 médicos diferentes (no PSF). São médicos que assumiram o Programa de Saúde Família porque teve uma vaga para ganhar um salário bom. Até o momento em que ele passa no exame de residência, aí ele abandona e vai embora. Ele só assumiu aqui temporariamente porque era um bom salário. Que compromisso tem esse indivíduo? Não teve compromisso nenhum, nem ele sabe o que é o PSF.</p> <p>h- Não vou abrir mais nenhuma unidade enquanto não tiver profissional capacitado para atender, para conhecer o sistema e entender o que é o Programa de Saúde da Família...</p> |

No Quadro III, os informantes chaves, relataram a dificuldade de encontrar profissionais, qualificados para atuar no âmbito da Atenção Básica. Estes informantes, também, relataram o esforço das secretarias, no sentido de investimento, em treinamento e capacitações. Contudo, devido a alta rotatividade destes profissionais, principalmente, do médico, estas capacitações estão sempre se reiniciando, de forma a garantir a qualificação mínima para atuação neste nível de atenção.

Estas verbalizações também demonstram o quanto a falta de qualificação dos profissionais comprometem a implementação de uma nova forma de assistência no âmbito da Atenção Básica

No eixo, Integralidade Vertical, são apresentadas as verbalizações da continuidade da expansão da Atenção Básica buscando analisar a sua resolutividade e o possível impacto na organização do sistema.

Quadro IV - Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Marília, 2006- Eixo Integralidade Vertical.

| Concepção dos Informantes Chave sobre Atenção Básica | Verbalizações da Concepção | Verbalizações das Repercussões |
|---|---|---|
| Resolutividade da Atenção Básica | <p>5- Toda vez que você amplia a sua atenção básica, você vai, sem sombra de dúvida, aumentar a (atenção) secundária e terciária. Quer dizer, a idéia é que você amplie mais ainda a atenção básica, mas não para aumentar a (atenção) secundária e terciária, é para evitar que chegue que o doente lá</p> | <p>i- O fato de ter aberto esta quantidade muito grande de unidades, os médicos despreparados e as enfermeiras também, eles deixaram as nossas unidades de especialidades com filas assim intermináveis.</p> <p>j- A quantidade de pedidos de endoscopia digestiva é uma coisa surpreendente. E dos que são feito. 80% são normais. O que a gente tem constado aqui, a impressão que dá é os médicos não examinam não fazem o histórico.</p> <p>k- A outra (variável que gera demanda reprimida para a média complexidade) que a gente já comentou que é a questão de ser no (PSF) um profissional recém –formado, então não teve experiência clínica para dar conta dos 80%, então acaba aumentando a demanda.</p> |

| Concepção dos Informantes chaves sobre Atenção Básica | Verbalizações da Concepção | Verbalizações das Repercussões |
|--|--|--|
| Resolutividade da Atenção Básica | 6-Na policlínica eu fui pondo as especialidades de acordo com cada região. Se aquela região tinha muita dermatologia, eu tentava investir em dermato, sempre fazendo serviço Epidemiológico, | 1- Na questão da média e alta (complexidade) , agente atende outros municípios também , mas na atenção básica agente não atende ninguém de outros municípios |

O quadro IV apresenta as verbalizações do impacto na média e alta complexidade decorrentes da expansão da Atenção Básica, considerando as variáveis e desafios encontrados no eixo Integralidade Horizontal.

As falas presentes nos quadros IV ilustram a importância do investimento em Recursos Humanos, para que a Atenção Básica, além de ser a porta de entrada no sistema, se constitua num nível resolutivo. Caso contrário, esta expansão corre o risco de se constituir em uma grande estrutura de serviços não estruturada, cada qual criado com base numa demanda conjuntural tendo como base a demanda advinda da Atenção Básica, que na maioria das vezes não é real.

6.3 Discussão dos Dados de Marília

O que se observa, de forma geral, é que o município de Marília implantou diretrizes políticas consonantes aos pressupostos teóricos do SUS, na lógica de reorganização da Atenção Básica, onde cada UBS/USF deve constituir – se para sua área de abrangência como porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, buscando estabelecer que cada UBS/USF seja responsável pelos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área.

Para tanto ela deve ser capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes, quais os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer e/ou morrer, assim como planejar ações mais adequadas para seu enfrentamento. Nesse sentido, esta rede desenvolve ações de atendimento ambulatorial básico a todas as faixas etárias, incluindo as ações programáticas, as intercorrências clínicas e concomitantemente desenvolve ações de Saúde Coletiva. (Relatório de Gestão da SMHS - Marília, 2003).

Este mesmo relatório corrobora, o que foi encontrado na análise dos dados qualitativos (entrevistas com informantes chaves), no que tange ao Modelo de Gestão da Rede Básica de Saúde: “o modelo de atenção à saúde vem sendo reorientado pela SMHS no sentido de uma transformação progressiva para o modelo de Saúde da Família”.

A leitura das entrevistas, partir das falas desconstruídas, possibilitou averiguar resultados como os descritos por SOUSA et al (2000 p.12)

“a implementação do PSF em municípios de pequeno e médio porte são potencialmente agravadas , nas metrópoles , regiões metropolitanas e municípios pólos . Considerando –se a existência de altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, predominância de modalidade tradicional de atendimento a demanda e de programas verticalizados sem estabelecimentos de vínculos com a comunidade e do entorno “

Com o intuito de sanar problemas, como os apresentados por Sousa, no parágrafo anterior, o Município de Marília, como informou as falas dos seus informantes chaves, principalmente no período de 1998 a 2004, apontaram como prioridade para implantação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF), áreas de expansão populacional e/ou áreas de risco, porém gradativamente em substituição ao modelo vigente. Outro critério utilizado foi o de priorizar territórios sem serviços de saúde e de difícil acesso, ou seja, em áreas com maior índice de exclusão social, (Relatório de Gestão do ano 2000, página 16).

Um componente comum à fala de todos os entrevistados, foi a importância e ao mesmo tempo a dificuldade de ter na rede de saúde, em especial na Atenção Básica e Unidades de Saúde da Família profissionais qualificados, de modo a garantir o tão almejado novo olhar sobre a Atenção Básica, assim como, permitir este nível de atenção consiga resolver 80% dos problemas de saúde.

Contudo, nos documentos analisados, os recursos humanos não aparecem com o mesmo destaque, que apareceu na fala dos informantes chaves. Nesse relatório, esta questão chega a ser incongruente, tanto com o próprio relatório e principalmente quando comparado com a análise dos dados qualitativos. Na página 23 do Relatório de Gestão 2003, tem se a seguinte leitura sobre os recursos humanos: “Só participam das equipes do PSF pessoas que preenchem os critérios estabelecidos pela SMHS, por meio de processo seletivo (com entrevista, análise de currículo e prova escrita)”.

Ainda no Relatório de Gestão 2003, na pagina 53 no item “Fragilidades/ pontos que requerem atenção/ problemas percebidos pela equipe: três pontos revelam a necessidade de capacitação como forma de melhorar a implementação do Programa de Saúde da Família em Marília: a) Dificuldade da equipe de ampliar o olhar para ações de prevenção e controle de doenças, devido ao curso de graduação enfatizar aspectos

curativos e biológicos; b) é necessário prover meios necessários para que os profissionais possam realizar capacitação; c) Rever a disponibilidade de profissionais **competentes** para auxiliar a equipe e dar as capacitações para as mesmas principalmente nas áreas de: abordagem de doentes terminais, concepções de saúde –doença, abordagem de pacientes crônicos e usuários de álcool e drogas.

Nesse sentido um processo seletivo mais rigoroso dos profissionais não garante, por si só, um novo olhar para o processo saúde doença, assim como, uma nova forma de reorganização do sistema. Essas questões não entram no planejamento da implementação, são problemas que surgem depois, sempre como um fator limitante e até paralisante

De acordo com o relatório da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2002: Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: Síntese dos Principais Resultados, esses mecanismos de seleção dos profissionais de ESF estão bastante uniformizados entre os municípios que utilizam recursos similares, com exceção de Aracaju, que faz prova oral. Campinas e Manaus introduziram o critério de desempenho no treinamento introdutório.

Segundo esse mesmo relatório, na medida em que os gestores não vêem no aparelho formador (universidades) mudanças rápidas e que alguns consideram a estratégia de Saúde da Família ainda não consolidada, pensam ser inadequada a realização de concurso público e contratação estatutária, pois estes instrumentos tem um caráter mais rígido que engessaria a composição do quadro funcional

O problema da qualificação profissional é um grande desafio que deve ser enfrentado por todos os municípios que se predispõe a implementar uma Atenção Básica com um novo olhar e de forma a constituí-la em estruturante do sistema de saúde. Essas questões não entram no planejamento da implementação. São problemas que surgem depois, sempre como um fator limitante e até paralisante.

Vale destacar, que em se tratando da Estratégia de Saúde da Família, é necessário o investimento nos profissionais, pelo menos em duas grandes áreas : 1) Saúde Pública e o entendimento mínimo necessário sobre a estratégia em se; 2) Qualificação na área fim, com objetivo de assegurar a resolutividade mínima e evitar encaminhamentos desnecessários.

Outro ponto no que se refere aos recursos humanos, que pareceu em muitas falas na análise dos dados qualitativos e não foi observada em documentos analisados, como Relatório de Gestão 2000 e 2003, Plano Municipal de Saúde. 2001 é a rotatividade e permanência dos integrantes do PSF. Esse problema, segundo os informantes chaves dificultam, ainda mais a efetividade dos treinamentos e capacitações realizados. A rotatividade profissional, principalmente dos médicos, traz a necessidade de “retreinamentos” e capacitações.

Para além de refazer e investir tempo e recursos financeiros em constantes treinamentos, a rotatividade ou não fixação dos profissionais de saúde, no programa, segundo o relatório da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2002: Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: Síntese dos Principais Resultados, se constitui em fator de não sustentabilidade do programa para muitos dos seus estudiosos. Nesse sentido, devido a ampliação do mercado de trabalho exigem dos municípios estratégias diferenciadas para fixação do profissional no programa, o que se observou que apenas o estímulo financeiro é insuficiente.

A qualificação profissional e a rotatividade dos profissionais fez Marília frear a implementação da Atenção Básica, por meio da Estratégia do Saúde da Família.

Outro dado importante revelado durante estas entrevistas, e a expectativa de que o Programa de Saúde da Família tinha sido implantado como o objetivo de ser um modelo substitutivo a rede básica tradicional. Este programa era percebido, enquanto estratégia de implantação efetiva do SUS, por se constituir em modelo de mudança assistencial.

No entanto, outros informantes chaves demonstraram manifestaram preocupação quanto ao risco desse programa uma sobreposição de serviços da Atenção Básica Tradicional, pois a estratégia de substituição mostrou –se inexequível diante do alto custo do Programa de Saúde da Família.

Outro contraponto, analisado por alguns informantes já estava presente na 11ª Conferência Nacional de Saúde: “a implementação do PSF trouxe vários tipos de demandas para os SUS, sem encontrar a contrapartida e da integralidade e da resolutividade”.

A implementação da Atenção Básica é percebida pelos gestores como uma maneira de organizar o Sistema de Saúde, garantir a estruturação e o uso racional dos outros níveis de complexidade (primário e secundário). Nesse sentido o centro de atenção da Política de Saúde do Municipal em Marília é a Atenção Básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, seguindo uma lógica de primeiro investir e organizar e depois os outros níveis mais complexos de atenção.

Contudo, devido a questões já mencionadas, como qualificação profissional e aumento de acesso a populações antes descobertas, existe uma pressão, constante na média complexidade, o que traz mais desafios para a gestão municipal. A análise dos dados revela que permanece e em alguns casos até aumentou o problema de acesso aos demais nível de complexidade.

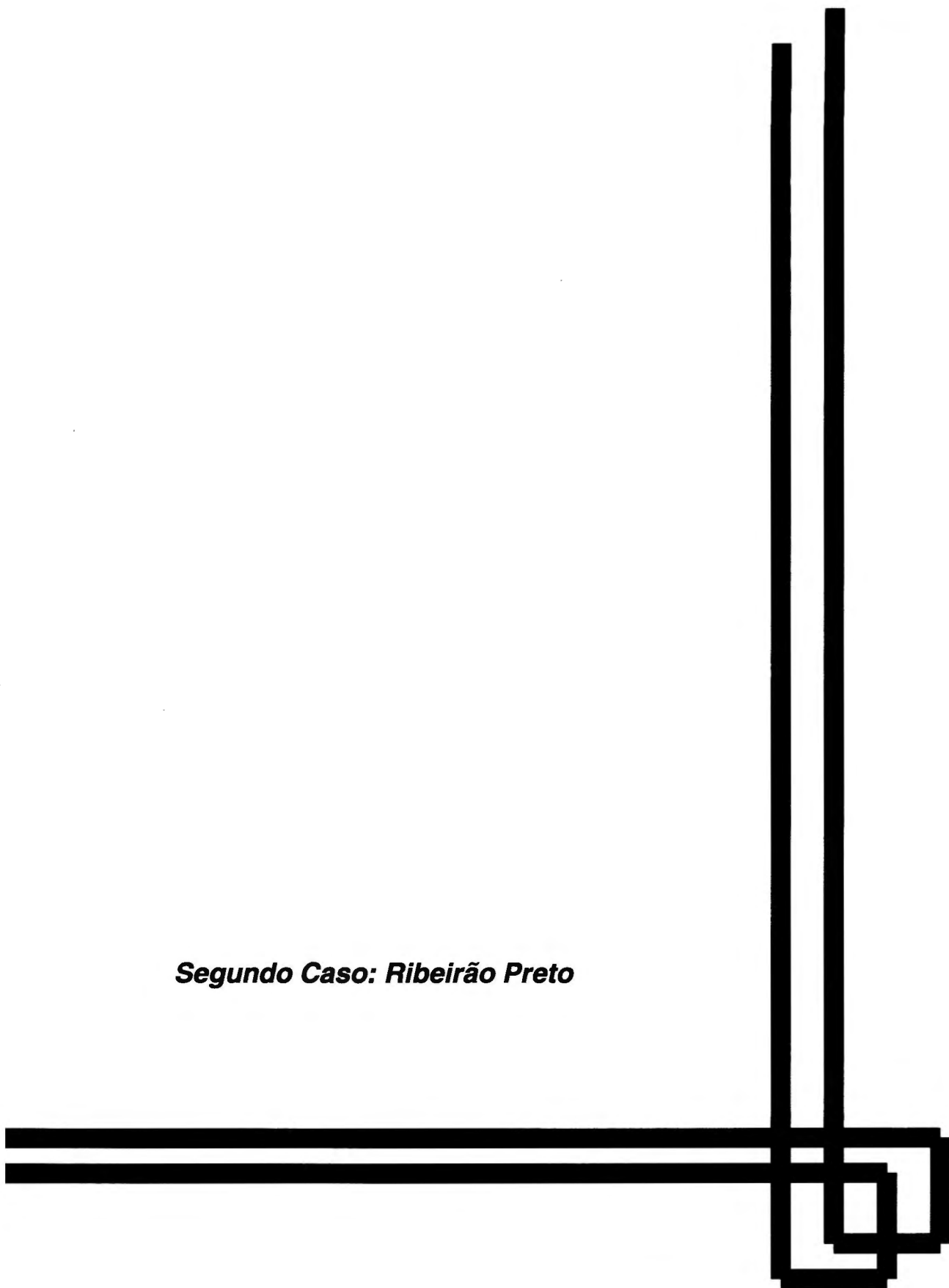
O aumento da demanda por serviços de média complexidade (consultas e exames). Pode ser observado, por exemplo, na análise dos dados quantitativos, na tabela III, incremento de consultas de cardiologia, cujo maior índice, coincide com a expansão do PSF. Esse crescimento poderia ser justificado pelas características de expansão da Atenção Básica, por meio do PSF em Marília, que como já foi mencionado se deu a partir de áreas geográficas com maiores índices de exclusão social e, conseqüentemente, também, desprovidas de serviços de saúde. Esse incremento de consultas cardiológicas, também, pode ser decorrente da baixa capacidade resolutiva da Atenção Básica.

Outro item que merece destaque, tanto na análise das entrevistas com os informantes-chaves como na leitura dos relatórios de gestão diz respeito ao uso dos sistemas de informação. Os informantes entrevistados não relacionaram o uso dos sistemas de informação, para subsidiar processos decisórios.

No Relatório de Gestão de 2003, a avaliação dos serviços de saúde, foi feita tendo como base a tendência dos dados, pois naquele ano, não tinha acontecido a pactuação de metas.

Observa-se que o uso dos sistemas de informação são apenas administrativos e seu preenchimento é mais burocrático para o cumprimento requisitos legais e repasse de verba. Esses sistemas são pouco utilizados e não orientam as práticas.

Segundo Caso: Ribeirão Preto



7- Segundo Caso: Município de Ribeirão Preto

7.1 Análise dos Dados e Quantitativos

Percorrendo as etapas preconizadas pelo protocolo de condução de um Estudo de Caso, que vai desde a seleção do caso, passando pela coleta dos dados até a discussão dos mesmos, e tendo como referência a pergunta de pesquisa, seus objetivos, a referência metodológica adotada. Observou-se os seguintes resultados no Município de Ribeirão Preto, enquanto unidade de análise deste estudo

Ribeirão Preto esta localizada no nordeste do estado de São Paulo, a 313 km da capital. Possui uma população estimada para 2006 em 559.651 habitantes, distribuídos em uma área de 642 Km².

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2005-2008, Ribeirão Preto tem o maior percentual de saneamento entre as cidades com mais de 500mil habitantes do Estado de São Paulo. De acordo com este relatório, que utiliza como fonte de informação os dados do último censo do IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o município tem 96,3% dos domicílios com saneamento. Isto significa que 141.310 residências (incluindo as favelas) possuem água encanada, coleta de lixo e esgoto. Neste aspecto, o Plano Municipal de Saúde, destaca que Ribeirão Preto é um exemplo no manejo de resíduos sólidos urbanos, recendo nota 9,8 no Índice de Qualidade de Resíduos da CETESB – Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental.

Em síntese, o município de Ribeirão Preto, possui os seguintes percentuais de Saneamento Básico, em 2005 segundo dados do SEADE – Fundação Estadual de Análise de Dados:- 99,90% dos domicílios ligados à rede de abastecimento de água, 98,0% com esgotamento sanitário e 100% possuem coleta de lixo.

No ano de 2000, Ribeirão Preto tinha 4,44% de taxa de analfabetismo, abaixo da taxa do Estado que foi de 6,64%, para o mesmo ano, tendo como fonte de dados o SEADE.

Quanto a economia a região de Ribeirão Preto é uma das mais ricas do Estado de São Paulo, apresentando elevado padrão de vida (renda, consumo e longevidade) . Neste

aspecto, o município sede da região, Ribeirão Preto, se constitui num pólo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços.

As principais atividades econômicas estão ligadas à agroindústria e outros setores industriais, tais como equipamentos médico-odontológicos e farmacêuticos.

Além do setor industrial, contribuem para a economia da cidade, centros universitários, com destaque para as áreas medicas.

Na área de saúde, objeto desta pesquisa, Ribeirão Preto esta habilitada desde 1998 em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e assumiu, pela NOAS/SUS/2001-2002, a condição de Pólo Assistencial, constituindo-se em referência para determinados municípios, segundo pactuação prévia nos níveis de média e alta complexidade.

A rede de serviços de saúde esta organizada em 05 regiões denominadas Distritos de Saúde, com áreas de abrangência definida, partir dos aspectos geográficos, econômicos e sociais que agrupam várias unidades de saúde e outros equipamentos sociais.

Cada Distrito de Saúde conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), que além de atendimento básico para área de abrangência se propõe a ser referência para algumas especialidades para todo o distrito, que contém várias Unidades Básicas de Saúde . Os distritos estão assim distribuídos:

Sul-Distrito da Vila Virgínia

Leste-Distrito de Castelo Branco

Oeste-Distrito de Sumarezinho

Centro-Distrito Central

Estrutura de Atenção a Saúde em Ribeirão Preto

Tabela III - Rede Básica de Atenção a Saúde nos anos de 2000 e 2005, no município em Ribeirão Preto.

| TIPO DE UNIDADE | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Unidades Básicas de Saúde | 34 | 32 | 32 | 31 | 31 | 30 |
| Unidades de Saúde da Família | 07 | 08 | 12 | 14 | 16 | 18 |

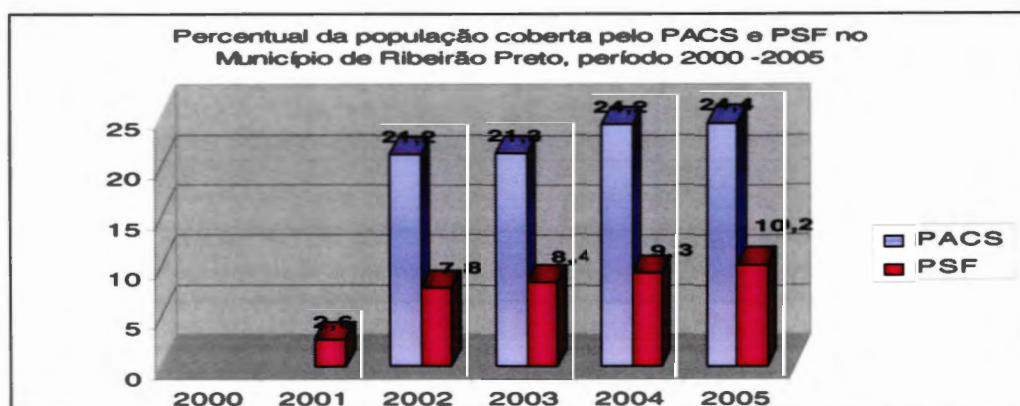
Fonte: Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, anos 2000 e 2003 e Plano Municipal de Saúde 2005 - 2008.

Essa infra-estrutura possibilitou, no ano 2000, que 10,86% da população estivesse coberta pelo Programa de Saúde da Família e 4,68% de cobertura pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em 2005 estas coberturas foram de 51,1% e 37% respectivamente, conforme ilustra o gráfico I.

Como pode ser visto no Gráfico V, ocorreu entre os anos de 2000 e 2005 um significativo aumento da produção dos três tipos de procedimentos. Os procedimentos de alta complexidade experimentam um aumento superior a 600%.

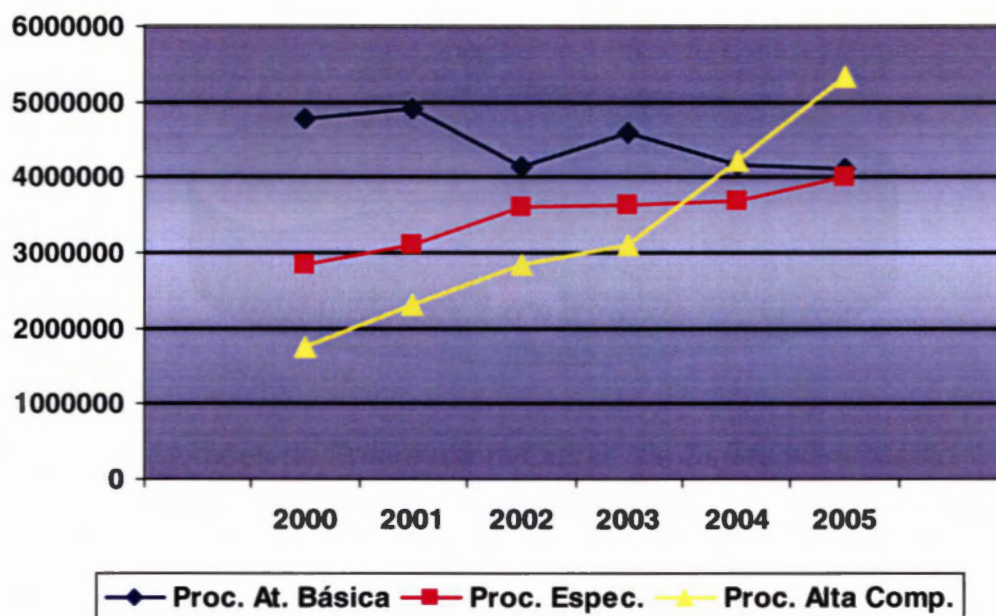
Ao longo da série, na medida em que a produção dos procedimentos de média e, principalmente, os de alta complexidade sustentam a tendência de crescimento, os procedimentos de atenção básica sofrem uma queda.

Gráfico V - Percentual da População coberta pelo PACS e PSF no município de Ribeirão Preto, período de 2000 a 2005.



Fonte: DATASUS - Ministério da Saúde

Gráfico VI – Evolução dos procedimentos ambulatoriais por categoria – Ribeirão Preto, entre os anos de 2000 a 2005.



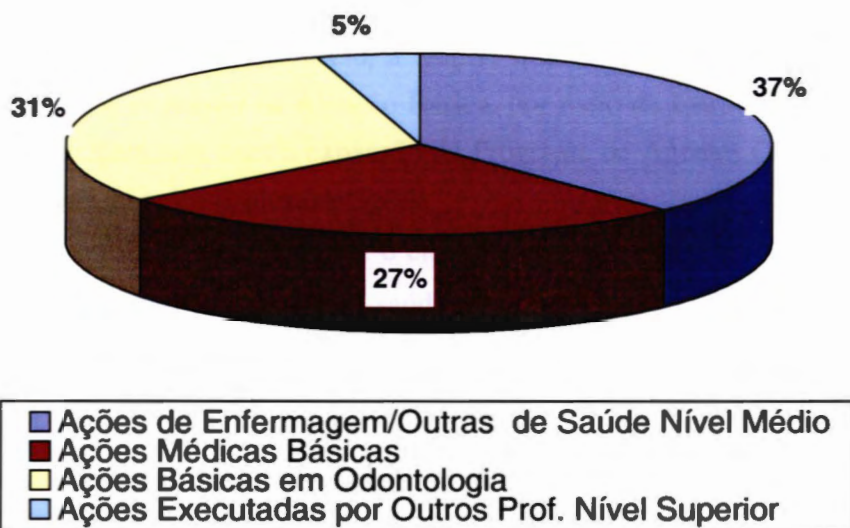
Fonte: DATASUS - Ministério da Saúde

A análise da tabela III permite verificar que esta inversão não acompanha o padrão verificado para o estado como um todo, onde predomina na produção ambulatorial os procedimentos de atenção básica, seguidos pelos de média complexidade e, por último, pelos de alta complexidade.

Tabela III - Distribuição dos procedimentos ambulatoriais em percentuais para o Estado de São Paulo e para o Município de Ribeirão Preto, 2005.

| Categoria do Procedimento | Estado de São Paulo | Ribeirão Preto |
|----------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Atenção Básica | 41,6 | 23,67 |
| Especializados | 36,5 | 29,29 |
| Alta Complexidade | 21,9 | 47,04 |
| Total | 100 | 100,00 |

Gráfico VII – Distribuição percentual dos diversos tipos de procedimentos da categoria Atenção Básica – Ribeirão Preto, 2005.



Fonte: DATASUS - Ministério da Saúde

O Município se apresenta, como um destacado pólo de produção de serviços de saúde, pois todos os indicadores analisados em valores que ultrapassam o estado como um todo e os parâmetros nacionais estabelecidos pela portaria MS 1101, mesmo quando se aplica os valores extremos das faixas ali previstas.

Verifica-se uma supremacia dos procedimentos de média e de alta complexidade, esta constatação parece resultar de um processo de incremento na produção destes procedimentos, o qual parece se acentuar, a partir de 2002, paralelamente, a uma redução na produção dos procedimentos de atenção básica. A partir de 2004, esses são ultrapassados pelos procedimentos de alta complexidade e, em 2005, pelos procedimentos de média complexidade.

Por fim, outras vertentes para aprofundamento das investigações sobre integralidade, dizem respeito ao questionamento acerca da necessidade dos quantitativos produzidos, testando-se a hipótese de que a demanda está sendo estimulada tão somente por uma oferta excessiva principalmente de tecnologia especializada .

7.2 Análise dos Dados Qualitativos

No Município de Ribeirão Preto, a análise quantitativa dos dados secundários permitiu identificar a expansão da Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família, mas principalmente com a expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em todas as Unidades Básicas de Saúde.

Com o objetivo de complementar o entendimento das repercussões da expansão da Atenção Básica, nos outros níveis de saúde no âmbito municipal, sob a perspectiva dos informantes-chaves locais, que o trabalho de campo foi delineado.

A equipe entrevistou informantes-chaves de duas gestões municipais diferentes. Num primeiro momento foram entrevistadas 01 informante-chave da gestão, que compreendeu o período de 1998 a 2004, gestão com o mesmo secretário de saúde e em seguida foram entrevistadas 06 informantes da gestão que compreende o período subsequente que se iniciou no ano de 2005.

No correspondente a gestão de 1998 a 2004, foi entrevistado, o ocupante do cargo de Secretário Municipal de Saúde no referido período.

Para a Gestão que se iniciou em 2005 foram entrevistados: Secretário Municipal de Saúde, o Coordenador do Programa de Saúde da Família e Atenção Básica, Responsável pela Área de Informação da Secretaria Municipal de Saúde, o Responsável pelo Fundo Municipal de Saúde, um Assessor do Gabinete, o Responsável pelo Departamento de Controle, Auditoria e Avaliação e o Responsável pelo Núcleo de Planejamento.

Contudo, as maiorias destes informantes já trabalhavam na gestão anterior (ainda que não fosse como responsáveis pelas respectivas áreas) e conheciam o histórico da implementação de políticas de saúde no município.

Os quadros e suas respectivas análises podem ser observados a seguir:

Quadro V - Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Ribeirão Preto, 2006. Eixo: Integralidade Horizontal.

| Concepção dos Informantes Chaves sobre Atenção Básica | Verbalizações da Concepção | Verbalizações das Repercussões |
|--|---|--|
| Expansão da Atenção Básica | <p>1- em 2001, eu acho que a percepção que a gente tinha é que, olha, você tem hoje uma rede relativamente organizada, você tem um fluxo, vamos dizer um acesso, mas ainda peca na questão da equidade, na questão da integralidade. Eu acho que de fato você não consegue de fato dar uma atenção integral, seja do ponto de vista dos níveis de complexidade, seja na questão onde você fazia a prevenção e promoção. Eu acho que isso era a percepção que a gente tinha...</p> | <p>a- uma coisa que agente sentou para discutir com as coordenações dos programas era que as pessoas não pensassem exclusivamente no seu programa de uma forma isolada, porque o grande viés que você tinha era que o coordenador de hipertensão ia na unidade e só falava de hipertensão, e assim por diante, o pessoal não consegue ter uma visão do todo e aí o que agente propôs naquele momento era que agente tivesse um grupo rediscutindo essa questão voltado para atenção integral</p> |

Continuação do quadro V

| Concepção dos Informantes Chaves sobre Atenção Básica | Verbalizações da Concepção | Verbalizações das Repercussões |
|--|--|--|
| Expansão Atenção Básica | 2- É muito difícil você fazer a discussão de Saúde da Família num município que tinha uma estrutura, vamos dizer, uma estrutura de saúde já existente. E resistente a essas mudanças | <p>b- É, quer dizer, você tem uma estratégia de mudança do modelo assistencial e eles nem entendem que modelo era esse , ou qual era o modelo vigente, porque vai mudar para esse. Então, na verdade, eu acho assim, foram 4 anos de muita discussão, a necessidade de ter a rede muito ciente daquilo, quais eram as necessidades que a gente tinha de transformar . Eu acho que, assim, analisando concretamente, eu acho que agente não conseguiu isso...</p> <p>c- A gente está (com a implantação do PSF) assim entre uma dificuldade técnico assistencial uma coisa (discussão) mais filosófica –assistencial</p> |

Continuação do quadro V

| Concepção dos Informantes Chaves sobre Atenção Básica | Verbalizações da Concepção | Verbalizações das Repercussões |
|--|--|--|
| <p>Expansão da Atenção Básica</p> | <p>3- O que a gente fala muito desse plano, a gente falou das outras gestões e também dessa gestão, é que a atenção básica toda tem que ser qualificada...</p> | <p>d- Então assim, eu acho que a luta da Saúde da Família mais como um instrumento né? É uma estratégia, esta certo quer você utiliza onde você estiver, até dentro da sua casa mesmo, escutar seu filho, sua mulher, né!...</p> <p>e- Fizemos um curso utilizando as ferramentas da Saúde da Família, para as mais diferentes áreas da Atenção Básica... muitas unidades se quer tinham Agente Comunitário de Saúde, , mas os trabalhadores se implicaram nesses cursos e estão fazendo do lugar onde eles trabalham um troço diferente, mesmo sem agente comunitário</p> |

No quadro V, os informantes chaves relatam a resistência de mudança de modelo assistencial, em um município que já tem uma estrutura de saúde organizada, sob o ponto de vista de disponibilidade de equipamentos de saúde.

Verbalizam, ainda, a importância de fazer esta discussão com toda a rede para debater sobre as necessidades de mudanças. Percebe-se pelas falas, que essa discussão é mais ampla do que a substituição de Unidades Básicas Tradicionais por Unidades de Saúde da Família, (“... que as pessoas não pensassem exclusivamente no seu programa de uma forma isolada... o pessoal não consegue ter uma visão do todo e aí o que agente propôs naquele momento era que agente tivesse um grupo discutindo essa questão voltada para atenção integral...”).

As verbalizações desse quadro ilustram ainda, que o município não faz uma crítica a resistência de mudança de modelo, mas acredita e propõe que toda a rede básica, independente de ser Saúde da Família ou não, pode ser qualificada e melhorar o acolhimento, o atendimento e a resolutividade da atenção prestada.

Quadro VI - Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Ribeirão Preto, 2006. Eixo: Integralidade Horizontal.

| Concepção dos Informantes Chaves sobre Atenção Básica | Verbalizações da Concepção | Verbalizações das Repercussões |
|--|---|---|
| Expansão da Atenção Básica | <p>1- Junto com os nossos técnicos nós começamos a pensar algumas áreas, vamos dizer, prioritárias para a montagem do PSF, seja pela questão dos equipamentos que já existiam , seja pela questão da densidade populacional , características sócio econômicas da população</p> | <p>f- a estratégia de saúde da família aqui, com equipes de saúde da família, começou em 2001. Em 2003 que veio o PROESF para tentar ampliar e consolidar a estratégia em municípios de grande porte...</p> <p>g- A gente esta tentando investir na Atenção Básica e nas equipes de Saúde da Família. Nós temos só 23 equipes de Saúde da Família funcionando, nossa meta para esse ano era chegar a 38 equipes... mais ou menos 12% de cobertura</p> |

Continuação Quadro VI

| Concepção dos Informantes Chaves sobre Atenção Básica | Verbalizações da Concepção | Verbalizações das Repercussões |
|---|---|---|
| Expansão da Atenção Básica | <p>2- Fomos gradativamente montando, eu não me lembro bem, acho que a gente deve ter acabo, em 2004, com 20 equipes. Até porque havia uma série de dificuldades nesse aspecto de montagem, de expansão.</p> <p>3-O PSF vai diminuir a demanda nas unidades básicas, vai diminuir a demanda altíssima que tem nas distritais, no pronto atendimento, porque o volume de atendimento no básico é muito menos que seria conveniente e o do Pronto atendimento é o dobro do que seria necessário...</p> | <p>b- Então esse é o problema principal que a gente tem . Com a cobertura de 12% que nós temos na cidade de equipe da família dá para entender que isso não faz nenhuma repercussão no atendimento de emergência e no atendimento nas unidades de referência distritais</p> <p>c- Acho que fora a questão financeira, também é essa dificuldade até da própria forma de implantação do PSF, foi um outro fator que também atrasou o processo. Tanto é que nós terminamos em 2004. muito aquém do que tinha que ser coberto</p> <p>d- está custando perto 20 , 22 mil reais (cada equipe de PSF) . Mas assim, com gastos só de recursos humanos, e assim, com todos os benefícios e encargos sócias. Isso encarece muito.</p> <p>e- Então isso tudo esta numa situação indefinida e nós havíamos feito no orçamento ,o próximo ano incluindo valores que agente pudesse colocar essas equipes. Só que não vai ser mais possível equipes.</p> |

Observa-se na análise das verbalizações do quadro VI, que uma das variáveis envolvidas no processo de expansão da Atenção Básica, são os territórios desprovidos de assistência à saúde, ou onde está assistência esta alocada de forma muito deficitária (... áreas, vamos dizer, prioritárias para a montagem do PSF, seja pela questão dos equipamentos que já existiam , seja pela questão da densidade populacional...) Estas áreas tinham como característica comum a baixa condição sócio econômica

Neste município a implementação da Atenção Básica, pela implantação da Estratégia Saúde da Família tinha como objetivo prover áreas mais críticas, do ponto de vista de assistência à saúde e conseqüentemente diminuir a demanda por Pronto Atendimento. E não de substituir/converter o modelo existente .

Verifica-se nessas falas que outra variável dificultadora da implementação da Atenção Básica por meio da Saúde da Família e o financiamento considerado caro pelo município.

Quadro VII - Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Ribeirão Preto, 2006. Eixo: Integralidade vertical

| Concepção dos Informantes Chaves sobre Atenção Básica | Verbalizações da Concepção | Verbalizações das Repercussões |
|--|---|--|
| Resolutividade da Atenção Básica | <p>3- Eu acho que nós não tivemos tanto sucesso na questão da transformação da Atenção Básica, vamos dizer assim, mas mesmo que você conseguisse , quer dizer, os resultados seriam de médio e longo prazo. Então como é que você consegue adequar todas as demandas que surgem agora dentro do sistema</p> | <p>f- o inicio da nossa (gestão) é o início de um processo, vamos dizer de uma crise econômica, onde as demandas são crescentes, as demandas por alta complexidade são crescentes, os custos cada vez maior e você não tem uma recomposição do teto financeiro.</p> <p>g- o que agente percebeu é que até a questão da pressão da assistência individual hospitalar de alta complexidade , ele gera uma pressão muito grande , quer dizer, gradativamente o município teve que começar a colocar do seu próprio para começar a financiar a questão da média e alta complexidade.</p> |

O quadro VII, mostra as dificuldades enfrentadas na organização do sistema. Ou seja, a reorganização da atenção básica, tem impacto em todos os outros níveis de atenção e quando essa ‘transformação’ não ocorre como esperado, as dificuldades são maiores com grande impacto econômico sobre o sistema de saúde tornando inviável o financiamento municipal,

Quadro VIII - Análise das Entrevistas com os Informantes Chaves em Ribeirão Preto, 2006. Eixo: Integralidade vertical.

| Concepção dos Informantes Chaves sobre Atenção Básica | Verbalizações da Concepção | Verbalizações das Repercussões |
|--|--|---|
| <p>Resolutividade da Atenção Básica</p> | <p>4- Eu acho que com o SUS agente avançou muito do ponto de vista ainda da atenção individual, quer dizer aquela população que tinha dificuldade de acesso a determinados tipos de procedimentos, hoje ele consegue (...) Pode ter um funil, você pode ter uma fila , mas tem aqueles que conseguem acesso a coisas que você não tinha antes (...) nunca se fez tantos procedimentos de cardiologia , de cirurgia, como foi feito nesses últimos tempos(...) tem haver com mudança de perfil, mas esse acesso você não tinha antes.</p> | <p>h- ... o que a gente sempre falou foi o seguinte, que a gente precisava mudar essa pirâmide porque tudo é porta de entrada , só que para você organizar melhor, precisa qualificar a porta de entrada mais numerosa , a maior porta de entrada que tem que é a Atenção Básica</p> <p>i- Por enquanto o Programa de Saúde da Família tem encaminhado muito , ele encaminha muito, muito (...). é maior até do que a gente estava esperando (...) a parte do Programa de Saúde da Família esta vinculado ao Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas, juntamente com todas as unidades. Então eu pontuei para o diretor que a gente precisa dar uma organizada no PSF, ou capacitar o profissional que lá se encontra ...</p> |

A análise do quadro VIII mostra os desafios enfrentados por este município para sanar o problema da crescente demanda por procedimentos de média e alta complexidade. Uma das formas vislumbradas é a qualificação da principal porta de entrada do sistema que é a Atenção Básica

Na percepção dos informantes-chaves a aumento ao acesso aos serviços de saúde, tem ocasionado esta pressão nos outros níveis do sistema. Portanto, a expansão de serviços de saúde, principalmente, no âmbito da atenção básica, observada neste município não possibilita a identificação de uma reestruturação do sistema local de saúde.

Esse componente se agrava quando se trata de um município pólo, como Ribeirão Preto, porque além da demanda municipal tem também a demanda regional, pois todos os outros municípios dependem muito do município pólo e o setor saúde não possui uma forma sistemática e organizada de discussão e pactuação das necessidades regionais

7.3 Discussão de Ribeirão Preto

Segundo o Plano Municipal de Saúde de 2005-2008, Ribeirão Preto assumiu condição de pólo assistencial, constituindo-se referência para determinados municípios segundo, pactuação prévia nos níveis de média e alta complexidade.

Aliado a esta condição, no âmbito local, a Secretaria Municipal de Saúde também está trabalhando na reorientação do modelo assistencial com a intenção de mudança de modelo centrado na assistência médica individual e curativo para um modelo que contemple uma atenção integral ao indivíduo, tendo por base a saúde coletiva.

Contudo a análise dos dados quantitativos e qualitativos de Ribeirão Preto mostra que o município tem grandes desafios pela frente para conformar uma reorientação do modelo assistência e se consolidar como município pólo, como preconiza a legislação e as metas do Plano Municipal de Saúde. Ressaltando, que esta conformação, depende da colaboração de todos os municípios para os quais é referência, assim como, dos outros

níveis de governo.

A sua não conformação como efetivo pólo de um sistema regionalizado de serviços de saúde, prejudica a estrutura municipal devido à “invasão” crescente de municípios de outras cidades. Essa é uma das explicações para alta produção de procedimentos de alta complexidade (que apresentou um crescimento de 400% entre os anos de 200 e 2005), como pode ser observado na análise dos dados quantitativos deste município

O próprio Plano Municipal de Saúde (2005-2008) ressalta a necessidade de investimento na rede própria de atenção básica. Que apresentou em 2004 uma produção insuficiente de consultas básicas (36,56%) aliada a uma produção de (34,15%) de consultas especializadas, análise feita a partir dos parâmetros de cobertura, segundo a portaria GM 1101/02.

O município tem investido na qualificação de toda rede básica municipal, usando para tanto, inclusive técnicas de treinamento da Estratégia Saúde da Família.

Outro fator importante na organização do sistema de Ribeirão Preto, diz respeito ao fato dele ser pólo. Ou seja, ele precisa planejar a média e alta complexidade levando em conta a necessidade local e regional.

Contudo, os informantes chaves relatam que a aumento da cobertura do PSF alavancou a demanda de consultas e procedimentos dos outros níveis de atenção. Uma das hipóteses, apresentada como certeza por alguns informantes chaves é o despreparo dos profissionais que integram o programa de saúde da família.

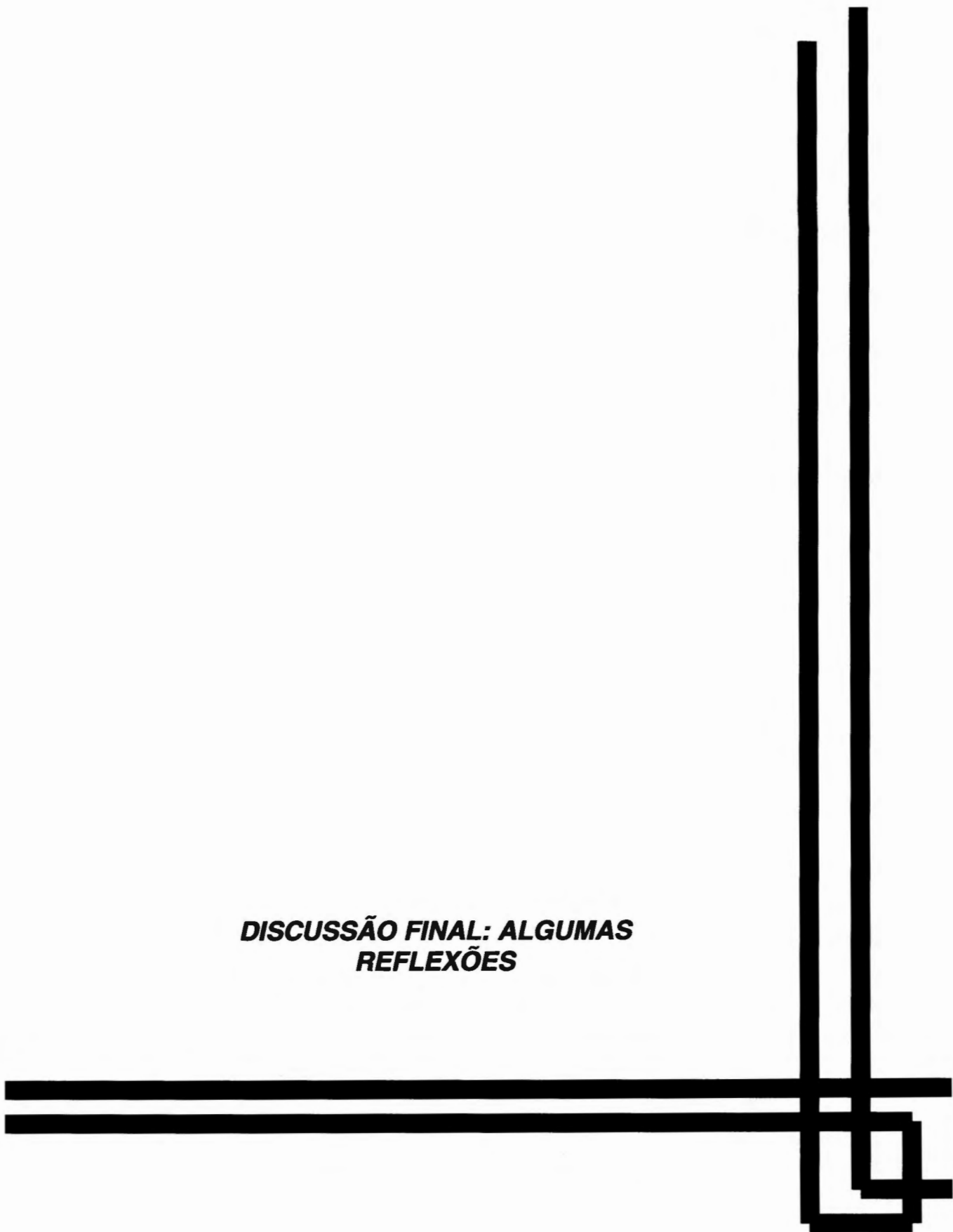
Se esta hipótese for plausível, é possível pensar que a demanda dos municípios por outros níveis de atenção a saúde crescerá de forma exponencial.

No entanto, considerando que outras cidades da região estão implantando/expandindo a Estratégia de Saúde da Família, para organizar a atenção básica municipal...

Apesar da maioria dos municípios brasileiros, incluindo os grande porte, ter investido na Estratégia Saúde da Família, como forma de conversão e substituição da Atenção Básica tradicional. O município de Ribeirão Preto, segundo as verbalizações das entrevistas semi estruturadas realizadas em campo, não pretende fazer uma substituição do modelo existente. Ele trabalha com o objetivo de alocar Unidades de Saúde da

Família, em regiões com peculiaridades muito específicas (tanto por características sócio econômicas ou em locais com importantes barreiras geográficas).

***DISCUSSÃO FINAL: ALGUMAS
REFLEXÕES***



8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o objetivo geral desta pesquisa: 1) Avaliar as repercussões da expansão da Atenção Básica em municípios selecionados, em Gestão Plena do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo; e os objetivos específicos: 1) Identificar as diretrizes políticas no nível municipal que impulsionaram a expansão da Atenção Básica e dos outros níveis de complexidade da atenção do sistema municipal; 2) Analisar a demanda por procedimentos especializados, ambulatoriais, gerado pela expansão da Atenção Básica, relacionamos a seguir as considerações finais após a expansão da Atenção Básica observada nos municípios selecionados.

Os resultados apresentados mostram que os casos selecionados exploraram duas diretrizes políticas: 1) A expansão visando a substituição do modelo de atenção vigente; 2) A expansão paulatina visando a coexistência de duas formas de atenção, como porta de entrada do sistema local.

Contudo, os dois casos refletem a política brasileira de saúde pública, desenvolvida, ao longo dos anos 90, que apresenta, como principal característica, a ênfase na Atenção Básica.

Outra característica em comum apresentada por estes municípios, com a política de saúde pública brasileira é a forma como estes municípios estruturam esse investimento na Atenção Básica. Ambos, ainda que em ritmos diferentes, apostaram na Estratégia de Saúde da Família.

As diferenças primordiais encontradas se referem à modalidade da expansão da Atenção Básica, por meio, do PSF, condicionando potenciais dificuldades e facilidades, no que tange a resolutividade e capacidade de resposta do sistema de saúde local, variando, principalmente, em função dos recursos disponíveis para organização de uma rede de serviços de atenção integral à saúde.

Os estímulos e subsídios federais, repassados Fundo a Fundo a partir da NOB/96, foram importante para implementação do SUS, ao nível municipal. No entanto, as distintas velocidades de expansão apresentadas pelos municípios estudados resultaram em distintas configurações da rede de serviços de atenção a saúde.

A decisão de impulsionar a expansão por áreas de difícil acesso, com oferta insuficiente ou ausente, priorizar cobertura de grupos mais vulneráveis, como população

de baixa renda, de maior risco epidemiológico ou social, foi identificado em ambos os casos. Portanto, a proposta de inclusão social pela estratégia de saúde da família, tem cumprido o papel de acesso universal aos serviços de saúde.

Quanto ao processo adotado para expansão, observam - se modelos distintos em relação ao ritmo, “rápido” – implantação de um grande número de ESF, visando obter o máximo de cobertura no menor tempo possível e “gradual”, implantação progressiva.

Observa - se nos dois casos, que o ritmo da expansão esteve atrelado à concepção de substituição ou não do modelo de Atenção Básica preexistente. Em um dos casos, a estratégia de mudança do modelo de Atenção Básica vigente, se deu pela transformação de Unidades Básicas tradicionais em Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas em áreas habitadas pela população mais vulnerável.

O outro município apresenta um incremento de oferta por novas equipes de PSF bastante modesto, preservando o modelo de atenção preexistente. Os dados qualitativos analisados apontam claramente esta diretriz política.

Trabalhos semelhantes de avaliação do modelo de atenção básica em municípios paulistas de grande porte, mostram de maneira semelhante o conflito gerado entre o acesso universal e a garantia da integralidade (VIANA, 2002).

Apesar de concepções diferentes sobre os motivos de implantação da Estratégia de Saúde da Família é possível identificar como ponto em comum, nos dois casos estudados, o interesse em reorganizar o Sistema Municipal de Saúde como um todo, a partir da expansão da Atenção Básica.

Contudo, a análise dos dados qualitativos de ambos os municípios mostra um déficit no investimento nos demais níveis de complexidade. A expectativa expressa, pelos informantes chaves, de que ao se investir na expansão e implementação da Rede Básica existente, haveria um aumento no grau de resolutividade destes serviços e que, portanto, a rede de referência preexistente conseguiria absorver a demanda. No entanto, apesar do aumento de produção observado foi identificado a insuficiência de serviços ambulatoriais de média e alta complexidade em ambos os municípios.

Com relação a baixa resolutividade da atenção básica, foi possível identificar variáveis comuns aos dois casos, que de certa forma são independentes das diretrizes políticas implementadas ao nível municipal, quais sejam:

- 1) A deficiência na formação profissional, principalmente, do médico para dar conta desse modelo de atenção com resolutividade.
- 2) Alta rotatividade desse profissional, impossibilitando a construção do vínculo profissional-paciente que permita o necessário compromisso e articulação para a atenção integral. Ainda correlacionado a este aspecto, observou-se nas falas dos informantes chaves um sentimento de impotência, relatando que treinamentos e capacitações são reiniciados constantemente para os novos profissionais que estão sempre chegando.

A carência de profissional preparado para responder as necessidades de saúde da atenção básica tem gerado um impacto tanto na conformação do sistema loco-regional como também na alocação de recursos financeiros, que inicialmente foram prioritariamente destinados a implantação das equipes de PSF. No entanto, esses recursos estão sendo paulatinamente utilizadas e pressionadas para financiar os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade que pelo apelo cultural e social pode gerar mais consumo de tecnologia sem necessariamente repercutir nas condições de saúde da população.

Uma constatação importante nos resultados encontrados é que não houve nenhuma verbalização dos informantes chaves sobre o uso dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, para subsidiar as decisões de expansão da estratégia de Saúde da Família nos municípios estudados.

Tendo em vista os resultados encontrados e as relações estabelecidas, identifica-se a necessidade de maior aprofundamento e de pesquisas complementares que nos permita entender com maior profundidade e detalhe as repercussões decorrentes das diretrizes políticas municipais de expansão da atenção básica em municípios de gestão plena com mais de 100000 hab.

Esta preocupação é corroborada por estudos realizados sobre financiamento da expansão da atenção básica, os quais mostram o crescente incremento de investimento e custeio na estratégia de saúde da família, com grande comprometimento dos recursos orçamentários do gestor municipal (MARQUES 2002).

Essa necessidade torna-se mais importante para a região Sudeste que concentra 51% dos municípios do país, com mais de 100 mil habitantes sendo no Estado de São Paulo esses municípios concentram 70% da população residente no Estado (VIANA. et al, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de Política. Trad. de Varrialle CC et al . 7º ed. Brasília (DF): Editora da UnB, 1995. V.1 pp. 329-335.
2. Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set de 1990.
3. Brasil. Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez de 1990.
4. Brasil. Norma Operacional Básica do SUS 01/93. Brasília.
5. Brasil. Portaria nº. 2203 de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do SUS 01/96: Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão.
6. Brasil. Portaria nº. 832. Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da atenção básica, Diário Oficial da União, Brasília, 26 de jun. de 1999.
7. Brasil. Portaria nº. 12 de 07 de janeiro de 2000. Indicadores da Atenção básica no ano de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de jan. de 2000.
8. Brasil. Portaria nº. 95. Norma Operacional de Assistência a Saúde do SUS 01/01. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de jan. de 2001
9. Brasil. Portaria nº. 373/GM de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência A Saúde do SUS 01/02. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de fev. de 2002
10. Brasil. Portaria nº. 2394, de 22 de dezembro de 2003. Aprova o Pacto de Indicadores da Atenção Básica para o ano de 2004.
11. Barreira, MCRN. Avaliação Participativa de Programas Sociais. São Paulo, Veras; 2000.

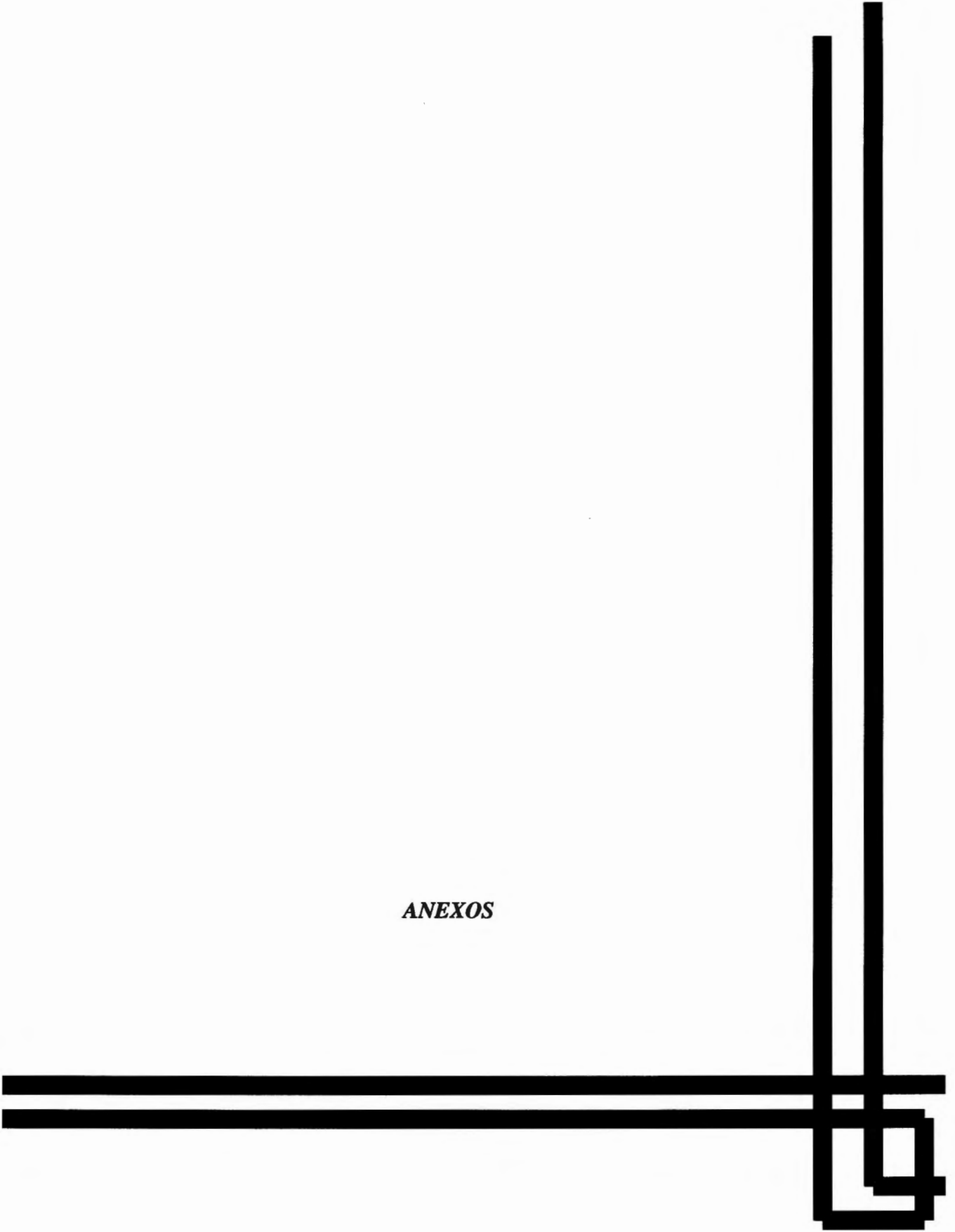
12. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.
13. Chizzotti, A. *A Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez; 1991.
14. Deslandes SF, Gomes RA. *A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas técnicas*. In: Bosi MLM, MercadoFJ, organizadores. *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004. Cap2, p. 99-120.
15. Deslandes SF, Assis SG. *Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças*. In: Minayo MC, Deslandes SF (organizadoras). *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002 195-226.
16. Donabedian A. *The Quality Of Care. How Can it be Assessed?* JAMA. 1988; 260 (12).
17. Duarte JES. *Avanços e Desafios do SUS: O Papel do Município e da Academia*. *Saúde e Sociedade* 2002; 11(1).
18. Franco TB, Magalhães J, Miranda H. *Integralidade na Assistência a Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado*. In Merhy EE et al. *O trabalho em Saúde: Olhando e Expericiando o SUS no Cotidiano*, 2º Ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004, p. 125-133.
19. Felisberto, E. *Da teoria a formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate*. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 11 (no. 3): 553-563.
20. FUNDAÇÃO SEADE. *Índice Paulista de Responsabilidade Social*. SEADE, 2004.
21. Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em Saúde, dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde (orgs)*. Salvador: EDUFBA; 2005.
22. IBANEZ N, ROCHA JSY, CASTRO, PC *et al*. *Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo*. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2006; 11(no. 3): 683-703.

23. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciên. & Saúde Coletiva*. 2001; 6(2): 269-291.
24. Lucchese, PTR. Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência a Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. *IPEA/ Planejamento e Políticas Públicas* 1996; (14): 78p.
25. Marques R M, Mendes Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18 (Supl): On-line.
26. Mendes E.V. O processo de construção do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária. Brasília: HUCITEC; 1992
27. Medina MG et al. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Saúde em Debate* 2000; (21): 15 – 28.
28. Ministério da Saúde. SIAB; Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde, 1998.96p.
29. Ministério da Saúde. Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000.
30. Ministério da Saúde. Planos Estaduais para Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica – Diretrizes e Orientações. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.
31. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos. Bras
32. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1992
33. Novaes MHD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em Saúde. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(5): 547-549
34. Paim JS. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: Rouquaryol M, Filho N A (organizadores). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

35. Rolim LF. Contribuições da programação da atenção básica na construção da integralidade dos sistemas de saúde: um ensaio crítico, 2002[Tese de Mestrado, Universidade Federal da Bahia].
36. Scatena JHG, Tanaka OY. Os Instrumentos Normatizadores (NOB) no Processo de descentralização da Saúde. *Saúde e Sociedade* 2001; 34(2).
37. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. Relatório de Gestão de 2000, Marília, 2000.
38. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. Relatório de Gestão de 2001, Marília, 2001.
39. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. Relatório de Gestão de 2002, Marília, 2002.
40. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. Relatório de Gestão de 2003, Marília, 2003.
41. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Relatório de Gestão de 2005, Ribeirão Preto, 2005.
42. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 2005 – 2008, Ribeirão Preto 2005.
43. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Relatório de Gestão de 2000, Ribeirão Preto, 2000.
44. Sousa, MF de et al. Gestão da Atenção Básica:redefinindo o contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde e Debate*,2000;21 7-14
45. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
46. Tanaka O Y, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer. São Paulo: Edusp; 2001.
47. Tanaka OY, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLG, Mercado FJ.

- (organizadores). Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.
48. Tanaka, OY. Seminário sobre Avaliação, FSP (CONCEITO EM CONSTRUÇÃO).2006
49. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
50. Teixeira CF (organizadores). Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: CEPS & ISC; 2002.
51. Viana ALD, Rocha, JS, Elias PE *et al.* Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. 2006, vol. 11.
52. Worthen B, Sanders JR, Fitzpatric JL. Avaliação de Programas: Concepções e Práticas. São Paulo: Gente; 2004.
53. YIN RK. Estudo de Caso, Planejamento e Métodos. São Paulo: Porto Alegre:Bookman, 2005.
54. Consórcio Medicina da USP. Caracterização dos municípios paulistas, com população superior a 100 mil habitantes. São Paulo:USP;2006.

ANEXOS



Anexo I**Primeiro Instrumento de Deesconstrução das Falas das Entrevistas**

| Data da Análise | Informante Chave (codificado) | Trecho Destacado | Eixo de Análise | Idéia Central |
|----------------------------|--|-----------------------------|------------------------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |