

Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia

The Family Health Care Program: the Experience of Implantation in Two Municipalities in Bahia State, Brazil

Helen Lúcia Freitas Copque

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia

Leny Alves Bomfim Trad

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia

Resumo

O Programa Saúde da Família (PSF) tem sido divulgado pelo Ministério da Saúde como principal estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde no País. Identificam-se, não obstante, as mais diversas configurações que podem estar condicionadas, entre outros fatores, pelas características de gestão e organização dos sistemas locais. O presente estudo analisa a experiência de implantação do PSF em dois Municípios baianos. Utilizaram-se a organização-gestão, o perfil de práticas e a cobertura como descritores para discutir três possibilidades de cenários de configuração: incipiente; intermediário; e avançado. A dificuldade de articulação entre os diversos níveis do sistema, o financiamento e a precariedade das condições de vida aparecem como obstáculos ao seu desenvolvimento. A priorização do Programa pela gestão municipal e o comprometimento das equipes, associados ao modelo de gestão participativa, são fatores que influenciam, de forma positiva, na construção da proposta.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; avaliação de programas de saúde; perfil de práticas.

Summary

The Family Health Care Program (PSF) has been advertised as the main strategy for reorganizing Brazil's new National model for health care. However, due to the actual administration and local organizational systems, very unique experiences of PSF implantation are observed. From this perspective, the current article analyzes the PSF experience by observing two municipalities in Bahia State, Brazil. Descriptions of the organization and administration of the Program, practices profile and coverage served to discuss three different possible scenarios on the format of the PSF model: incipient; intermediate; and advanced. The difficulty articulating between different levels of the system, the financing and the precarious living conditions appear as obstacles to the Program's development. On the other hand, characteristics such as the municipal management's capacity to prioritize the Program attitude and the commitment of the groups associated with a new model of participatory administration are factors that have a positive influence on the building of this proposal.

Key Words: Family Health Care Program; health programs evaluation; practices profile.

Endereço para correspondência:

Rua da Paz, 187, sala 204, Graça, Salvador-BA. CEP: 40150-140

E-mail: helencopque@hotmail.com

Introdução

A partir da década de 80, diferentes países envolveram-se em um profundo processo de discussão sobre os sistemas de saúde vigentes, enfatizando a necessidade de encontrar alternativas que viabilizassem mudanças na produção e oferta de serviços, com vistas ao aumento da eficácia e efetividade e à diminuição dos custos da assistência em saúde. Nesse contexto, a discussão sobre modelos de atenção à saúde tem sido reconhecida como um componente central-estratégico no processo de redefinição dos atuais sistemas de saúde.

Segundo Mendes,¹ cresceu a consciência de que a crise do setor Saúde era uma expressão fenomênica de causas mais profundas, com raízes no modelo de atenção em vigor, estruturado pelo paradigma flexneriano. Combater essa crise implicaria, necessariamente, a busca de um modelo de atenção à saúde que expressasse o paradigma da produção social da doença.

No Brasil, esse movimento se apresenta como uma proposta de substituição dos modelos hegemônicos sanitaria e assistencial privatista. Enquanto o primeiro corresponde à Saúde Pública tradicional e está dirigido à solução dos problemas de saúde da população, mediante a realização de campanhas e de programas especiais, o segundo é um modelo voltado à demanda espontânea, ou seja, para atender os indivíduos que, a depender do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram, por iniciativa própria, os serviços de saúde. Esse modelo não é exclusivo do setor privado e está presente também nos serviços públicos.²

Ambos os modelos ainda são predominantes no enfrentamento dos problemas de saúde da população, apesar de se revelarem ineficazes. No caso do modelo sanitaria, seus limites residem, principalmente, no caráter verticalizado e centralizador, além de uma ação mais reativa do que preventivo-promocional. Quanto ao modelo assistencial privatista, sua adoção reforça a assistência curativa, de alto custo e acesso restrito.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto e vem sendo defendido pelo Ministério da Saúde como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde. Segundo Testa,³ o conceito de **Estratégia** diz respeito à forma como uma política é implementada; nesse sentido, constitui “*comportamentos organizacionais destinados ao manejo de situações em que seja preciso superar obstáculos que se opõem à*

conquista de um objetivo”. O termo também pode ser compreendido como “*um caminho para realizar uma política*”, que significa, em última análise, uma dada redistribuição de poder no setor Saúde e/ou na sociedade.⁴

Nesse caso, o termo Estratégia aponta para maneiras de se alcançar ou se aproximar de um dado objetivo proposto. Em situações de mudança, pensamos de maneira estratégica na construção da viabilidade de uma proposta. Qualquer programa ou ação programática remeteria a uma estratégia de solução de problemas e alcance de novas metas. Configura-se aqui, portanto, a visão político-institucional do PSF como estratégia de reorganização dos serviços e do modelo assistencial.

O Programa Saúde da Família foi proposto e vem sendo defendido pelo Ministério da Saúde como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde.

Caberia refletir, entretanto, um pouco mais sobre o potencial transformador do PSF. Para Mendes,¹ o modelo de Saúde da Família é uma estratégia de organização da atenção primária de saúde que se pode apresentar sob as seguintes concepções: a) estratégia de reordenamento do setor Saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir; b) programa com objetivos restringidos, especificamente para satisfazer algumas necessidades elementares e predeterminadas de grupos humanos considerados em situação de extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, baixa densidade tecnológica e custos mínimos; e c) estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

Nos termos de Paim,² a estratégia do Programa Saúde da Família pode assegurar a qualidade, a integralidade e a efetividade do primeiro nível de atenção; ou pode visar a um atendimento simplificado, tecnologicamente, para população de baixa renda. Além disso, o Programa é capaz de objetivar uma ação seletiva para redução de custos. O PSF poder-se-á desenvolver de forma mais completa caso seja compreendido não como programa de saúde, restrito a procedimentos organizacionais e financeiros, mas como um projeto

concreto, com o objetivo de formular políticas de promoção de um movimento – ou motivação – de rever-se e dispor-se a mudar.⁵

Respondendo às críticas de que o Saúde da Família constitui, em realidade, um "SUS para pobres", de baixa resolubilidade e verticalizado, o Ministério da Saúde destaca o potencial transformador da proposta, cujas diretrizes são coerentes com os princípios fundamentais do Sistema. Embora rotulado como Programa, o PSF fugiria à concepção usual dos demais, por não ser uma intervenção vertical, paralela às atividades dos serviços de saúde. Ele se insere no âmbito do sistema de saúde, constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada; assim, a sua implantação não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, de cobertura universal, o que o exime da caracterização de sistema de saúde orientado para pessoas de baixa renda.⁶

Partindo da compreensão de que **Modelo** é algo que se transforma a partir da experiência concreta, e que, em razão das diferenças contextuais, é possível

encontrar distintos cenários de implementação (Figura 1), não seria adequado esperar que, em todos os Municípios onde já se deu a implantação do PSF, esse processo ocorresse uniformemente. Apesar da disponibilidade de um modelo de atenção que orienta as práticas de saúde, as variáveis contextuais têm-se mostrado intervenientes importantes nesse processo.

Com base nas análises teórico-conceituais e conjunturais, pode-se sugerir três cenários distintos (Figura 1) de implantação do PSF:^{1,2,7} em um cenário de implantação incipiente, a proposta aproximar-se-ia da concepção de um programa de saúde, na oferta de uma atenção simplificada; em um cenário intermediário, ele estaria mais próximo de uma estratégia de reorganização de um dos níveis de complexidade do sistema, a atenção básica (ou primária); e finalmente, em um cenário avançado, o PSF configurar-se-ia como uma estratégia de mudança do modelo de atenção hegemônico.

O presente estudo analisa a experiência de implantação do PSF em dois Municípios do Estado da Bahia, tomando como referência os três cenários aqui referidos (Figura 1).

Princípios	Cenário incipiente	Cenário intermediário	Cenário avançado
Integralidade da atenção	Inexistente	Em desenvolvimento	Desenvolvida
Resolubilidade	Pouca resolubilidade	Resolubilidade no primeiro nível	Serviços e ações resolutivas
Regionalização	Pouco desenvolvida	Em desenvolvimento	Desenvolvida
Hierarquização	Ações paralelas aos demais serviços	Incipiente	Porta de entrada do sistema
Humanização	Desenvolvida	Desenvolvida	Desenvolvida
Participação comunitária	Inexistente	Desenvolvida	Bem desenvolvida, com incentivo ao controle social.
Intersetorialidade das ações	Não há estímulo	Há estímulo às ações	Ações intersetoriais desenvolvidas
Universalidade	Inexistente	Inexistente	Em desenvolvimento
Equidade	Inexistente	Inexistente	Em desenvolvimento

Figura 1 - Cenários de implantação do Programa Saúde da Família

Metodologia

O trabalho consiste em um estudo de casos realizado em dois Municípios baianos, entre os anos 2000 e 2002, e integra uma pesquisa mais ampla de avaliação do PSF⁷ no Estado, abrangendo cinco Municípios que atendiam aos seguintes pré-requisitos: pelo menos um ano de implantação do PSF no momento da coleta dos dados; e características sociodemográficas diferenciadas.

Tendo em vista o interesse de avaliar a importância dos condicionantes locais no processo de implementação do Programa, para a seleção dos dois Municípios (entre os cinco), consideraram-se duas situações opostas: a realidade de um sistema municipal de saúde melhor estruturado, segundo indicadores (assistenciais e epidemiológicos) disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e dados gerados pelo estudo⁷ mais amplo de avaliação no PSF no Estado da Bahia; e outra situação, que, segundo as mesmas fontes e indicadores, apresentasse um sistema local de saúde incipiente. O contexto mais favorável foi denominado de exemplar; e o contexto menos favorável, de precário.

Nos dois Municípios escolhidos, a implantação ocorreu em 1998. O Município A localiza-se no sudoeste da Bahia, com população estimada em 253.000 habitantes. Sua economia é centrada no comércio e na agricultura, com destaque para o cultivo de café, mandioca, feijão, milho e algodão. A pecuária também exerce um papel local importante, com rebanhos de gados bovino, ovino e suíno. Já o Município B localiza-se na região nordeste do Estado e conta com uma população próxima dos 126.000 habitantes. As principais atividades desse Município são o comércio, a exploração das jazidas de caulim e argila, usadas na fabricação de cerâmica, louça, papel e vidro; a extração de petróleo; a plantação de laranja; a pecuária; e o cultivo da mandioca e do fumo.

Na pesquisa, utilizou-se uma combinação de técnicas qualitativas, dirigidas a diferentes sujeitos. Constituíram-se grupos focais com equipes do PSF – dois em cada Município –, grupos focais com famílias usuárias do Programa – três no Município A e dois no Município B –, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com os respectivos secretários de saúde e coordenadores do PSF dos dois Municípios – uma entrevista em cada caso – e entrevistas estruturadas com famílias da

área de abrangência das equipes contempladas nos grupos focais – realizadas no domicílio. As entrevistas semi-estruturadas com gestores e coordenadores do PSF foram posteriores aos grupos focais; as questões contempladas levaram em conta as informações geradas por esses grupos.

No processo de análise, procedeu-se a uma triangulação dos dados produzidos pelas diferentes fontes. Recorreu-se ao Siab,⁸ para análise da cobertura do Programa; e à pesquisa de Avaliação da Implantação e Funcionamento do PSF,⁹ para estabelecer um paralelo dos resultados dos dois Municípios estudados.

Para efeitos da análise, foram considerados os descritores abaixo, com seus respectivos desdobramentos, os quais foram definidos segundo as bases operacionais preconizadas pelo PSF. Para a definição dos cenários de implantação do PSF, levou-se em consideração o grau de implementação desses mesmos princípios operacionais, a saber:

- **Gestão/organização** – perfil da gestão; seleção e contratação das equipes; adscrição de clientela (número de famílias por unidade; manutenção da unidade; referência e contra-referência para os diferentes níveis; e processo de capacitação das equipes).
- **Perfil das práticas** – constituição de vínculo com as famílias; desenvolvimento das atividades nos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária)² e desenvolvimento de ações intersetoriais; e mecanismos de acompanhamento e avaliação em saúde adotados pelas equipes.
- **Cobertura** – relação entre uma dada intervenção e a população beneficiada, ou o grau de adequação entre as necessidades e a oferta de ações de saúde.¹⁰

Resultados

Gestão/organização

Nas experiências aqui analisadas, a partir das entrevistas com o gestor municipal e com o coordenador do PSF e realização de grupos focais com as equipes do PSF, verificaram-se dois padrões de gestão bem diferenciados, que influenciam a forma e o ritmo da mudança na saúde local. Enquanto a equipe de gestão do Município A assume o compromisso estratégico de implantação do Saúde da Família, ao investir em ações que viabilizem a sua construção e aumentar a

capacidade técnica, o Município B mostra um padrão de gestão pouco comprometido com a implementação do Programa.

Observa-se que, em A, o apoio da gestão ocorreu desde o início, sendo acentuado a partir do momento em que o Município assumiu a gestão plena do sistema. O trabalho das equipes nesse Município tem sido favorecido pelas iniciativas do gestor municipal, que promove a integração do PSF com outros níveis de atenção. A maior dificuldade ocorreu no período de transição da Secretaria de Saúde, quando foi substituída a Coordenação do PSF. Então, as equipes foram cobradas no sentido de aumentar o atendimento, reduzindo o tempo para o desenvolvimento de ações educativas e preventivas.

Em B, apesar do apoio inicial na adequação das unidades de Saúde da Família (USF), não houve um investimento mais significativo, no âmbito da gestão municipal, que favorecesse a implementação da proposta. Na prática, o Programa não foi assumido como uma estratégia prioritária de mudança. A precariedade do sistema de saúde local e da integração do PSF a ele dificultava o processo de referenciamento nas USF, contribuindo para o aumento da insatisfação de profissionais e usuários dos serviços.

O recrutamento dos profissionais das equipes aconteceu no próprio Estado; os processos seletivos foram simplificados, para os quais a entrevista transformou-se no principal instrumento de avaliação. Todos os profissionais que atuam na USF de A foram identificados a partir de processo de seleção pública, realizado com assessoria do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal em Saúde da Família. Os contratos dos profissionais foram viabilizados na forma de parcerias com organizações não governamentais, regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), assegurando os respectivos direitos a todos os profissionais das equipes. Na USF do Município B, os profissionais foram contratados pela Prefeitura Municipal; apenas os auxiliares de enfermagem possuem contratos regidos pela CLT.

A forma de contratação dos profissionais é importante, quando se analisa o comprometimento e a satisfação com o próprio trabalho. Enquanto no Município A, os profissionais sentem-se reconhecidos pela gestão e seguros com relação à sua permanência no Programa, as equipes do Município B demonstram um sentimento de insegurança e insatisfação.

Falta de material e de medicamento são problemas comuns e criam obstáculos ao desenvolvimento das atividades, embora sejam mais graves no Município B. Também existem queixas com relação à insuficiência de folhas de solicitação de exames; ademais, faltam materiais didáticos e materiais médicos importantes para ações educativas e preventivas de doenças, como exames de colposcopia, baciloscopia e “camisinhas”. Também ressentem-se da falta de apoio por parte da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (Sesab) para a manutenção de medicação, o que tem dificultado a realização de ações grupais. Os profissionais relatam não haver apoio da gestão estadual, nem da federal, no sentido de viabilizar a compra e distribuição de medicamentos para suprir as necessidades da atenção básica.

A forma de contratação dos profissionais é importante, quando se analisa o comprometimento e a satisfação com o próprio trabalho.

A insuficiência dos recursos financeiros é apontada como uma dificuldade central para a implementação das ações e serviços. Nos dois Municípios, destaca-se que o Piso de Atenção Básica (PAB)^{11,12} e a captação interna municipal não facilitam a transformação da Saúde da Família em uma estratégia de reorganização da atenção básica. Também é destacada a indisponibilidade de recursos para capacitação.

O investimento na capacitação das equipes é visto como um grande facilitador para o sucesso do Programa. No Município A, apesar das referências de preocupação com relação a investimentos na capacitação das equipes, seus profissionais salientaram deficiências no planejamento e na oferta de cursos. No Município B, os investimentos em capacitação são mais escassos, limitando-se, quase que exclusivamente, ao treinamento introdutório. A cooperação com a Sesab tem propiciado a participação das equipes em alguns cursos.

A dificuldade para garantir a referência nos diversos níveis de complexidade do sistema e a falta de ambulância destinada ao deslocamento dos pacientes para outros serviços são fatores considerados importantes, que interferem nas condições de trabalho no Município

B. No Município A, a referência e a contra-referência foram beneficiadas pela criação da Central de Marcação de Consultas e do Centro Municipal de Atenção Especializada.

O momento anterior à eleição municipal é identificado como um período de instabilidade e insegurança para os diversos projetos, incluindo a Saúde da Família. De fato, nos períodos eleitorais, em ambos os Municípios, foi relatado um incremento de incerteza quanto à sustentação do PSF e continuidade das ações e mudanças pretendidas.

Perfil das práticas

Para análise do perfil das práticas de saúde, utilizaram-se os dados coletados a partir dos grupos focais, com equipes e com famílias. Tanto em A como em B, todos os profissionais participaram do processo de reconhecimento do território. Essa prática desenvolveu-se a partir de visitas às casas, conversas com os moradores e com as lideranças locais. Apesar do seu mérito, entretanto, essa prática não é suficiente para subsidiar as ações das equipes. Mecanismos que promovam a troca de informações devem ser buscados, no sentido de transformar essa atividade em um processo contínuo. No Município A, a oferta organizada e a difusão de normas e rotinas do Programa têm-se favorecido da realização de reuniões e encontros sistemáticos com a comunidade. A incipiência dessa prática no Município B pode explicar, em parte, as dificuldades relatadas pela equipe para conter a demanda espontânea. Na realidade, a pressão da demanda espontânea é uma dificuldade central no processo de reorganização dos serviços e, em menor ou maior medida, revela-se um ponto de estrangulamento nos dois Municípios, sobretudo no frágil acolhimento das situações de urgência.

Nos dois Municípios, o mecanismo de programação, por excelência, é a reunião semanal. No Município A, a programação é mais organizada e formal, inclusive com a utilização de indicadores coletados a partir do acompanhamento dos sistemas de informação. Em B, esse processo é bastante informal e não enfoca o enfrentamento de determinantes. Parece que a insuficiência na capacitação e a demanda espontânea elevada são os principais fatores a contribuir para essa constatação. No que se refere ao desenvolvimento das ações assistenciais, de prevenção, de promoção e gerenciais, mais acentuadamente no Município A, as equipes trabalham com uma agenda pré-definida.

As ações de vigilância epidemiológica (Tabela 1) sofreram um incremento nos dois Municípios, desde a implantação do PSF, embora no Município B, esse incremento tenha ocorrido apenas com relação ao bloqueio vacinal.

Mostra-se ainda precário ou inexistente um conjunto organizado de ações voltadas ao controle de determinantes, o que se poderia chamar de **Promoção da saúde**. Trata-se de intervenções e atividades realizadas sobre o meio ambiente, organizações e pessoas visando a mudanças de atitude. Em A, encontramos grupos educativos em funcionamento (hipertensos, diabéticos, gestantes); em B, contudo, essas ações são quase inexistentes. Também no Município A, buscaram-se soluções para problemas de lixo, falta e qualidade da água.

Neste tópico, podemos incluir o estímulo às ações intersetoriais. O Município A tem-se apresentado como um modelo de referência nacional, sobretudo em função dessa realidade. Esse Município tem conseguido avanços na consecução de diversas parcerias com órgãos ou setores do poder municipal, além do funcionamento ativo de Conselhos de Saúde e Conselhos Locais de Usuários.

Constata-se que o envolvimento da comunidade favorece o desenvolvimento de ações intersetoriais e de controle social. No Município A, observa-se o incentivo à participação no Conselho de Usuários e à formação de Conselhos Locais nas áreas de abrangência do PSF, onde o envolvimento da comunidade parece ser maior.

Entre as ações de prevenção, encontram-se as visitas domiciliares, principalmente realizada pelos agentes comunitários de saúde, e as atividades de pré-natal, imunização, saúde da criança e da mulher, grupos de hipertensos e diabéticos. É importante destacar que o Município A desenvolve mais ações de prevenção que o Município B; é o caso das atividades dos grupos educativos (gestantes, hipertensos e diabéticos) e de promoção de escovação e aplicação de flúor na população escolar e na comunidade geral.

Outro dado positivo com relação às práticas diz respeito ao componente da humanização. Em ambos os Municípios, os usuários referiram, de forma enfática, a satisfação com o relacionamento estabelecido com os profissionais das equipes. Gentileza, capacidade de escuta e empenho em resolver problemas foram destacados, tanto nos grupos focais como nas entrevistas

Tabela 1 - Ações desenvolvidas em dois Municípios do Estado da Bahia, Brasil, 2001

Ações desenvolvidas	Município A	Município B
Ações de PROMOÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Atuação junto à Secretaria de Serviço Público, para solução do problema do lixo. - Criação dos Conselhos Locais de Saúde em todas as áreas - Realização de reuniões mensais com o Conselho de Saúde - Discussão sobre os problemas de falta e qualidade da água, esgoto, hábitos de higiene pessoal, doméstica e ambiental. - Desenvolvimento do conceito de cidadania 	<ul style="list-style-type: none"> - Ações com a Secretaria de Educação - Oficina de artesanato - Ações em conjunto com a Pastoral da Criança - Discussão sobre os problemas de policiamento, pavimentação das ruas, transporte coletivo, falta e qualidade da água, hábitos de higiene pessoal, doméstica e ambiental.
Ações de PREVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos educativos (gestantes, hipertensos e diabéticos) - Escovação e aplicação de flúor em população escolar e na comunidade geral - Rastreamento de casos de diabetes e hipertensão - Imunização - Ações programáticas (pré-natal e atenção integral a doenças prevalentes na infância) - Visita domiciliar de agente comunitário de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Mostra de saúde - Palestras em escolas - Rastreamento de casos de diabetes e hipertensão - Imunização - Ações programáticas (pré-natal e atenção integral a doenças prevalentes na infância) - Visita domiciliar de agente comunitário de saúde
Ações CURATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento clínico em medicina, enfermagem e odontologia. - Procedimentos de auxiliar de enfermagem (curativos, nebulização, aplicação de injeção e medida de pressão arterial) 	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento clínico em medicina e enfermagem - Procedimentos de auxiliar de enfermagem (curativos, nebulização, aplicação de injeção e medida de pressão arterial)

Fonte: Trad e colaboradores⁷

realizadas nos dois Municípios, como atributos diferenciadores da qualidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais do PSF. Constatou-se, ainda, que as famílias das áreas adscritas valorizam os investimentos em termos de reorientação das ações e serviços oferecidos. A visita domiciliar e os grupos educativos foram citados, freqüentemente, como exemplos positivos de um modo de atuar que distingue o trabalho do PSF daquele que “existia antes”.

Em contrapartida, observou-se uma grande insatisfação, entre os usuários, no que se refere à resolubilidade do PSF na reabilitação e na assistência médica. Apreende-se que as famílias demandam uma ação integral por parte das equipes; ou seja, valorizam as iniciativas de caráter preventivo, mas esperam que haja uma resposta satisfatória diante da doença. Do lado da equipe, podemos inferir que as deficiências, em termos de uma formação mais generalista, e as dificuldades para referir os casos que não conseguem atender na unidade são fatores determinantes da baixa resolubilidade aludida.

Cobertura

A avaliação da cobertura também pode ser considerada um pré-requisito à avaliação de outros atributos, uma vez que, para se discutir qualidade, impacto ou satisfação, é importante que a ação ou serviço seja oferecida à população usuária. A Tabela 2 apresenta os dados de cobertura nos dois Municípios e indica os percentuais correspondentes aos anos anteriores à pesquisa.

Vale mencionar que a análise de cobertura é influenciada pela estimativa populacional em decorrência de fluxos migratórios internos e externos ao Município (anos intercensitários). Além disso, no caso específico dos dados do Siab, deve-se considerar que o registro da informação pode apresentar distorções, bastante ligadas à insuficiência de treinamento das equipes de saúde para essa atividade.

No ano seguinte à implantação do PSF (Tabela 2), observa-se um aumento considerável na cobertura do Município A, o que, todavia, não significa uma expansão adequada às necessidades da população local. O Município B apresenta valores muito próximos, entre os

Tabela 2 - Cobertura do Programa Saúde da Família por Município e ano de referência, em dois Municípios do Estado da Bahia. Brasil, 1998 a 2001

Ano de referência	Município A			Município B		
	População coberta	Número de equipes	%	População coberta	Número de equipes	%
1998	940	5	0,38	450	2	0,36
1999	24.293	19	9,58	5.202	2	4,1
2000	24.293	28	9,58	6.297	2	4,92
2001	34.335	30	40,0	8.363	18	48,0

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica, 2001.

anos de 1999 e 2000; já para A, os valores são iguais.

Tanto os gestores como os profissionais das equipes enfatizaram a existência de dificuldades e entraves relacionados à expansão do PSF nos dois Municípios. Do ponto de vista dos gestores, um dos principais obstáculos à expansão do Programa é de ordem financeira. Ambos os secretários municipais de saúde destacaram o custo elevado de implantação, e, principalmente, de manutenção das unidades de Saúde da Família; queixaram-se da falta de apoio financeiro do Estado, salientando que os recursos do tesouro municipal e o incentivo concedido pelo Ministério da Saúde não são suficientes para cobrir essas despesas. É de se notar que, não obstante dificuldades dessa ordem, o Município A assumiu a expansão do Programa como uma prioridade de investimento.

Mais um entrave destacado pelos gestores da coordenação do PSF, especialmente do Município B, é a disponibilidade de mão-de-obra qualificada, principalmente de médico.

No relato das equipes, são enfatizadas as conseqüências da baixa cobertura do Programa: o número insuficiente de unidades e equipes do PSF em relação às necessidades locais gera sobrecarga de demanda nas unidades existentes; e uma grande insatisfação da população residente das áreas não cobertas pelo Programa, ressentida da exclusão dos “seus benefícios”.

No caso do Município A, considerado de médio porte, é difícil vislumbrar a obtenção de uma meta de cobertura de 100%, considerada ideal para configurar a consolidação da proposta.

A despeito das diferenças entre os dois Municípios encontradas para o ano 2000, merecem destaque os dados mais recentes, que demonstram avanços em ambos – mais significativos em B. Este Município au-

mentou para 18 o número de equipes, ampliando a sua cobertura para 48%. No mesmo período, o Município A aumentou o número de equipes para 30, alcançando uma cobertura de 40%.⁸

Discussão

No aspecto relativo à gestão e à organização, o dado que aponta diferenças dos gestores municipais, em termos de perfil profissional e empenho na consolidação do programa no nível local, merece um destaque especial. Considera-se que o perfil da gestão representa uma variável importante na compreensão dos resultados encontrados, de acordo com Motta,¹³ para quem, em situações estratégicas, a motivação e o empenho dos gestores são fundamentais. Os gestores municipais e as equipes de coordenação devem atender alguns pré-requisitos, como ter um certo nível de qualificação, projeto político e capacidade de intervenção. São recursos ideológicos e de saber que se concretizam em determinadas formas organizacionais, as quais viabilizam, ou não, o projeto estratégico de mudança do modelo de atenção à saúde.

Coelho¹⁴ chama a atenção para o fato de que estilos de gestão, assumidos dentro de um cotidiano, sofrem a influência da trajetória de cada sujeito, impregnado que está das culturas das instituições por onde passou; e da sua personalidade, também configurada de acordo com o planejamento, a educação e o meio em que viveu. Também é possível encontrarmos contradições entre o discurso e a prática institucionais. Pode-se supor, igualmente, que essas contradições sejam responsáveis, em parte, por dificuldades ou entraves na operacionalização de um plano, programa ou serviço.

As dificuldades com a sustentação financeira do Programa, mencionadas pelos secretários de saúde dos dois Municípios – o que repercute, diretamente, nos índices de cobertura –, reforçam a idéia de que o empenho pessoal dos gestores em garantir recursos financeiros e humanos para a consecução das ações e atividades pretendidas é importante, mas não suficiente para viabilizar a expansão do PSF e sua adequada manutenção. Nesse sentido, é indiscutível a necessidade de apoio financeiro e tecnológico das instâncias gestoras estaduais e federais, que, de fato, são partícipes na condução do processo de transformação dos modelos e práticas de saúde no nível local.

Quanto à referência a fragilidades na capacitação das equipes do PSF, vale lembrar que a ausência de uma política de educação permanente, que envolva equipes e gestores, repercute negativamente no processo de reorientação do trabalho em saúde. O fortalecimento de práticas norteadas pelo paradigma da promoção da saúde passa, necessariamente, pelo investimento na qualificação permanente dos quadros institucionais, de modo a produzir rupturas cognitivas e epistemológicas, conformando novas competências.

Os dados relativos à satisfação dos usuários dos dois Municípios apontam para uma avaliação positiva do Programa, no que diz respeito a dimensões relacionais, em oposição a uma clara insatisfação com a sua resolubilidade. São resultados que coincidem com os apresentados por Trad e colaboradores,¹⁵ em estudo etnográfico de satisfação de usuários do PSF na Bahia.

Os índices, ainda pequenos, de cobertura do PSF nos dois Municípios e o ritmo da sua evolução são incompatíveis com a pretensão – especialmente enfatizada no Município A – de afirmar a estratégia do Programa Saúde da Família como eixo de reorientação do modelo de atenção à saúde. Esses dados fortalecem as expectativas de que o PSF não reúne potencial para se consolidar enquanto alternativa de modelo assistencial no País, além de servir de pretexto às críticas daqueles que o vêem com uma política focalizada e que visa à atenção simplificada de uma população de baixa renda. A dificuldade de expansão de cobertura do PSF tem-se revelado mais acentuada nos Municípios de médio e grande porte (caso do Município A).

Convém destacar que, no processo de disseminação do modelo de atenção primária, a noção de cobertura mostrava-se um elemento fundamental. Nos países em

desenvolvimento, essa proposta foi amplamente divulgada com o objetivo de expandir as ações e serviços, na medida em que se percebia a baixa cobertura como principal problema desses locais. Em certa medida, o fato de esses países conviverem com situações sociais precárias e, conseqüentemente, a recomendação feita pelas agências nacionais para que as ações de saúde se voltassem à parcela da população menos privilegiada, promoveu uma associação entre as noções de atenção primária e de programa focalizado.

Ao se comparar os resultados dessa pesquisa com os dados divulgados pela Pesquisa de Avaliação Nacional do PSF,⁹ observa-se que, enquanto os resultados do Município A guardam semelhanças com os dados nacionais, o mesmo não ocorre com o Município B, no que se refere às ações de gestão e às práticas de saúde. Na Pesquisa Nacional, 93,2% dos Municípios relatam utilizar uma agenda pré-definida de ações, 37,6% relatam visitas mensais às áreas de atuação, 20% relatam visitas quinzenais; e 27,5%, visitas quando necessárias. Outrossim, 50,6% dos Municípios fazem referência às reuniões mensais com as equipes, 18% promovem reuniões quinzenais; e 17,5%, reuniões quando necessárias.

Com relação à vigilância epidemiológica, observamos que ações de notificação compulsória, investigação epidemiológica e bloqueio vacinal passaram de percentuais de 24 e 33% para 80 e 96%.⁹ Tais resultados confirmam a tendência da pesquisa nos dois Municípios baianos, onde também houve uma ampliação dessa modalidade de vigilância, embora em percentual menor.

Se, por um lado, o desenvolvimento de ações de promoção e ações intersetoriais, nos dois Municípios baianos avaliados, tenha-se mostrado dificultado, principalmente em função da condição de vida e saúde da população assistida e do modelo de atenção hegemônico, na Pesquisa de Avaliação Nacional,⁹ em 70% dos Municípios, há relatos de ações de saneamento, como cuidado com o destino do lixo, controle da água, construção de fossas e destino de dejetos. Também há referência às ações de vigilância de medicamento, de alimentos em bares, restaurantes e outros estabelecimentos, controle da água dispensada, inspeções sanitárias, palestras educativas e orientação à comunidade; porém, em pequeno percentual. Também foi relatado um percentual acima de 70%, em média, para as atividades de pré-natal, atenção à criança, controle

de hipertensão, diabetes, DST, tuberculose e hanseníase. As ações de planejamento familiar e inserção de dispositivo intra-uterino (DIU) são as únicas com percentuais abaixo dessa média.

Para o PSF se configurar como estratégia de transformação das práticas em saúde, deve cobrir toda a população e não apenas uma parcela menos favorecida.

Vale mencionar que, a despeito das limitações identificadas nos dois Municípios baianos, quanto à reorientação das práticas de saúde, deve-se destacar que os profissionais das equipes do PSF demonstraram identificação com as diretrizes do Programa e alto grau de comprometimento e responsabilização com o trabalho que desenvolvem. Esse dado coincide com o encontrado por Scaldaferrri,¹⁶ em estudo sobre o comprometimento com o trabalho nas equipes do PSF.

Por fim, a análise da implantação do PSF em A sugere que esse Município reúne potencial para reorganizar a atenção básica e promover uma mudança na atenção local, aproximando-se do cenário intermediário. Observa-se um processo de substituição de práticas que caminha no sentido da organização da oferta a partir do nível primário. As equipes de saúde começam a programar as ações de acordo com as necessidades locais, com o compromisso de assegurar o princípio da integralidade na assistência, nos diversos níveis.

A implantação do PSF em B não promoveu mudanças no primeiro nível de atenção e não parece ter condições de se constituir como tal, a não ser que ocorram modificações no contexto municipal. As equipes de saúde não têm conseguido acompanhar as

necessidades locais, limitando-se a demandas elementares, como consultas nas áreas básicas e imunização. A configuração do PSF nesse Município parece ser de uma atenção simplificada. As ações da unidade de Saúde da Família funcionam paralelamente às atividades de outros serviços de saúde, não se configurando como substitutivo da rede básica tradicional. Na área rural, os usuários sequer fazem menção ao PSF. Assim, B se apresenta mais próximo do cenário incipiente, onde o PSF se configura, tão-somente, como mais um programa de saúde.

No que se refere à cobertura, os resultados sugerem um quadro desfavorável, no sentido do alcance de uma cobertura universal. Deve-se reconhecer que, para o PSF se configurar como estratégia de transformação das práticas em saúde, deve cobrir toda a população e não apenas uma parcela menos favorecida. Estes autores concordam com Teixeira e colaboradores,¹⁷ quando afirmam que a transformação do modelo de atenção à saúde no nível municipal, pautada em uma concepção ampliada de vigilância da saúde, implica avançar no processo de descentralização da gestão do sistema e da gerência das unidades de saúde localizadas no território dos Municípios; e investir na articulação intersetorial e na reorganização da atenção primária, partindo dos territórios de “Saúde da Família” para os territórios distrital e municipal, bem como no fortalecimento do controle social sobre a gestão do sistema de saúde.

O modelo de Saúde da Família apresenta potencial para garantir os princípios da regionalização e da humanização das práticas. A mera difusão de princípios e diretrizes não gera, contudo, uma mudança estrutural nas práticas de saúde. Deve-se ressaltar, ainda, que a mudança no campo da Saúde não ocorre, de forma independente, de uma mudança na área social. Avanços sociais, como na Educação, Habitação, Lazer, Cultura, devem ser buscados.

Referências bibliográficas

1. Mendes EV. Uma agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
2. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, organizador. Epidemiologia e saúde. 5a ed. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 473-87.
3. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da Saúde. São Paulo: Hucitec; 1995.
4. Paim JS. Processo político e formulação de políticas de saúde; 1997 [apostila do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia].

5. Vasconcellos MPC. Reflexões sobre a Saúde da Família. In: Mendes EV, organizador. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 155-172.
6. Ministério da Saúde. Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: relatório de um grupo de trabalho. Brasília: MS; 2000.
7. Trad LAB, Santana EM, Oliveira MN. Programa Nordeste de Pesquisa e Pós-Graduação – PNEPG, CNPq: a construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos; 2001. Relatório de pesquisa.
8. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica 2001 [base de dados na Internet]. Brasília: MS; 2001. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>
9. Ministério da Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família. Brasília: MS; 2000. Relatório de um grupo técnico.
10. Silva LMV. Avaliação de cobertura. Salvador; 2001. [apostila do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia].
11. Ministério da Saúde. Portaria n. 170. Aprova a Norma Operacional da Básica do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.
12. Ministério da Saúde. Portaria n. 95. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.
13. Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record; 1991.
14. Coelho TCB. O processo político de gestão em uma instituição hiper-complexa do Sistema Único de Saúde [tese de Doutorado]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2001.
15. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciência e Saúde Coletiva. 2002;7(3):581-9.
16. Scaldaferrri MC. O Profissional faz acontecer – comprometimento no trabalho: avaliando uma dimensão do programa de saúde da família [dissertação de Mestrado]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2000.
17. Teixeira CF, Paim, JS, Villasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS. 1998;7(2):7-28.