



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MELISSA ALMEIDA SILVA

**AVALIAÇÃO DA REDE DE UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA COM FOCO NA INTEGRALIDADE**

Salvador

2010

MELISSA ALMEIDA SILVA

**AVALIAÇÃO DA REDE DE UNIDADES DE SAÚDE DA
FAMÍLIA COM FOCO NA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr. Cristina Maria Meira de Melo

Salvador

2010

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de
Enfermagem e Nutrição, SIBI - UFBA.

S586 Silva, Melissa Almeida

Avaliação da rede de unidades de saúde da família com
foco na Integralidade/Melissa Almeida Silva. – Salvador, 2010.
109 f. : il. color.

Orientador: Prof. Doutora Cristina Maria Meira de Melo

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2010.

1. Saúde da Família. 2. Saúde Pública. 3. Sistema Único
de Saúde I. Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDU: 614:314.6

MELISSA ALMEIDA SILVA

**AVALIAÇÃO DA REDE DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM
FOCO NA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 30/06/2010

Banca Examinadora

Cristina Maria Meira de Melo – Orientadora _____

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia

Norma Carapiá Fagundes _____

Doutora em educação pela Universidade Federal da Bahia, Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia

Lauro Antônio Porto _____

Doutor em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia, Professor Adjunto I da Universidade Federal da Bahia

Heloniza Gonçalves Oliveira Costa _____

Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia, Professor adjunto da Universidade Federal da Bahia

A

Carlos, por ser a Integralidade personificada.

Minha mãe, que deve estar mais feliz até do que eu com essa vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e sentido dado a cada coisa.

A Carlos Eduardo, meu marido, amigo, amor, pela presença e dedicação constantes.

À minha mãe Maria Raimunda, meu exemplo de mulher vitoriosa, por ter acreditado que educação é a maior herança que os pais podem dar, e soube educar com amor.

A meu pai Manoel Batista, que me deu as letras, mesmo sem tê-las e por ser exatamente assim como é.

A Arthur, meu filhote, que me “re-Melissou”.

A minhas irmãs Bete e Bela, meus anjos nesta vida.

A professora, orientadora e amiga Cristina Melo, pela paciência e por ser uma das pessoas mais interessadas no humano que tive oportunidade de conhecer.

Às professoras Norma Fagundes e Heloniza Costa por terem participado do projeto desde o início. Fundamentais.

Aos professores Lauro Porto e Oswaldo Tanaka, pelas valiosas contribuições.

Aos membros do grupo Gerir, Mário, Bianca, Fernanda, Uememson, Betânia, Crispina, Welder, Alex, Haína, Deybson, Silvone, Joana, Madeline, Neila, Tati, Laís, Aline e Wanderlene, companheiros da jornada, importantíssimos na construção deste trabalho.

Ao meu amigo Handerson, pela escuta atenta, pelos risos, pela amizade.

Aos coordenadores de distrito, gerentes de unidades de saúde, profissionais e usuários.

A Matheus e Fátima da Assessoria Técnica (ASTEC) da Secretaria Municipal de Saúde.

A Enoy, pelas “sessões de terapia”, sempre cheia de vida e ânimo.

A minhas colegas e a todas as professoras do curso de mestrado por me mostrarem novas possibilidades.

A Secretaria de Saúde de Salvador.

A Diorlene, pelas orientações na área estatística, pela disponibilidade e atenção constantes.

SILVA, Melissa Almeida. **Avaliação da Rede de Unidades de Saúde da Família com Foco na Integralidade**. 109 f. Il. 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, quantitativa, tipo estudo de linha de base. O objetivo foi avaliar a rede de unidades de saúde da família com foco no princípio da Integralidade. As três dimensões da Integralidade que serviram como base para construção dos indicadores e avaliação da rede foram: políticas específicas da Atenção Básica; práticas profissionais e organização dos serviços e das práticas. A amostra foi composta por 494 usuários dos serviços, 91 profissionais de saúde e 13 gestores de unidades de saúde da família, distribuídos em 18 unidades de saúde da família em 11 distritos sanitários do município. O perfil dos usuários foi caracterizado por uma maioria de mulheres (91,5%), afro-descendentes (76,7%), na faixa etária entre 20 e 24 anos de idade (51,4%), com baixa escolaridade (40,9%). O principal motivo de procura pela unidade de saúde da família foi a proximidade com a residência. Os resultados apontaram para uma distância entre a rede de unidades de saúde da família e o princípio da Integralidade. A dimensão das políticas específicas da atenção básica apresentou os piores resultados, indicando baixa participação da comunidade nas decisões em saúde e falta de elaboração de projetos específicos baseados nas necessidades da população. Na dimensão da organização dos serviços e das práticas, o indicador que chamou atenção revelou a falta de planejamento e monitoramento pelas equipes e gestores, além disso, o indicador de vínculo profissional revelou vínculos precários para a quase totalidade dos profissionais que trabalham nas unidades em questão. A dimensão que apresentou melhores resultados foi a das práticas profissionais, principalmente no que se refere à identidade dos profissionais com o trabalho que desempenham. Os distritos sanitários com melhores resultados na dimensão das práticas profissionais foram também melhor avaliados pelos usuários. A pesquisa revelou a fragilidade na estratégia saúde da família no município, com precarização dos vínculos empregatícios e das condições de trabalho. Mesmo diante deste contexto, as práticas profissionais fizeram diferença, demonstrando que o investimento na gestão de pessoas pode ser o início da mudança de modelo de atenção à saúde.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Atenção Primária da Saúde, Sistema Único de Saúde

SILVA, Melissa Almeida. **Evaluation of the system of the family health units with focus in the principle of Comprehensiveness**. 109 f. Il. 2010. Thesis (master 's) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

ABSTRACT

It is an evaluative research, quantitative, type baseline study. The goal was to evaluate the network of family health units with focus on the principle of Comprehensiveness. The three dimensions of Completeness that served as the basis for construction of indicators and evaluation network specific policies were: basic care; professional practice and organization of services and practices. The sample was comprised of 494 users of services, 91 13 health professionals and managers of family health units, distributed in 6 family health units in 11 districts health municipality. The profile of users was characterized by a majority of women (91.5%), afro-descendants (76.7%) aged between 20 and 24 years of age (51.4%), with low education (40.9%). The main reason of searching by family health unit was the proximity to the residence. The results pointed out to a distance between the network of family health units and the principle of Comprehensiveness. The size of specific basic care policies presented the worst results, indicating low community involvement in health decisions and lack and developing specific projects based on the needs of the population. In the dimension of the Organization of services and practices, which drew attention indicator showed the lack of planning and monitoring teams and managers, in addition, the professional link indicator showed links precarious for almost all professionals working in the units concerned. The best was the professional practices, particularly with regard to the identity of the professionals with the work they perform. Health districts with best results in the dimension of professional practices were also better evaluated by users. The survey revealed the fragility in family health strategy in the municipality, with employee insecurity of links and working conditions. Even in the face of this context, the professional practices made difference, demonstrating that investing in people management may be the beginning of the changing healthcare model.

Keywords: Health Evaluation, Primary Health Care, Single Health System

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Distribuição da amostra de usuários segundo tipo da unidade e distrito sanitário para o projeto guarda-chuva. Salvador, junho de 2009.....	31
Quadro 2	Distribuição da amostra de usuários por distrito sanitário. Salvador, junho de 2009.....	32
Quadro 3	Indicadores da dimensão das Políticas Específicas PE.....	47
Quadro 4	Indicadores da dimensão da organização dos serviços e das práticas OSP.....	48
Quadro 5	Indicadores da dimensão das Práticas Profissionais PP.....	50
Quadro 6	Distribuição da amostra de usuários, profissionais e gestores.....	58
Quadro 7	Metas pactuadas pelo município e resultados obtidos, exercício 2008.....	71
Quadro 9	Avaliação da rede de unidades de saúde da família na dimensão das Políticas Específicas da Atenção Básica.....	75
Quadro 10	Avaliação da rede de unidades de saúde da família na dimensão da Organização dos Serviços e das Práticas.....	82
Quadro 11	Avaliação da rede de unidades de saúde da família na dimensão das práticas profissionais - Parte I.....	94
Quadro 12	Avaliação da rede de unidades de saúde da família na dimensão das práticas profissionais - parte II.....	95
Quadro 13	Avaliação da rede de unidades de saúde da família com foco no princípio da Integralidade.....	97
Quadro 14	Organização dos serviços e das práticas por distrito segundo usuários, julho 2009 a março 2010.....	102

Gráfico 1	Proximidade da rede de unidades de saúde da família com o princípio Integralidade na sua dimensão da organização dos serviços e das práticas.....	83
Gráfico 2	Foco das ações dos profissionais da rede de unidades de saúde da família, segundo profissionais, Salvador, Bahia, julho 2009 a março 2010.....	85
Gráfico 3	Distribuição das respostas dos profissionais quando consultados sobre a clareza na comunicação com os usuários.....	92
Gráfico 4	Proximidade da rede de unidades de saúde da família com o princípio Integralidade na sua dimensão das práticas profissionais.....	96
Gráfico 5	Proximidade da rede de unidades de saúde da família com o princípio da Integralidade.....	98
Gráfico 6	Organização dos serviços e das práticas na rede de unidades de saúde da família segundo usuários, julho 2009 a março 2010.....	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil sócio-demográfico dos usuários entrevistados na rede de Unidades de Saúde da Família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	50
Tabela 2	Caracterização da situação ocupacional dos usuários da rede de Unidades de Saúde da Família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	61
Tabela 3	Caracterização do acesso e uso dos serviços pelos usuários com relação ao tempo que utiliza e a principal motivação para utilização dos serviços da rede de Unidades de Saúde da Família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	62
Tabela 4	Distribuição dos profissionais da rede de unidades de saúde da família segundo distrito sanitário, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	64
Tabela 5	Perfil sócio-demográfico dos profissionais da rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	65
Tabela 6	Caracterização funcional dos profissionais dos entrevistados na rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	66
Tabela 7	Perfil sócio-demográfico dos gestores da rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	67
Tabela 8	Experiência profissional dos gestores de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	68
Tabela 9	Existência de um projeto/atividade específica para os problemas de saúde mais frequentes na área de abrangência, segundo gestores e profissionais, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	74
Tabela 10	Realização de planejamento e monitoramento pelos profissionais da rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	77
Tabela 11	Participação em atividades de educação permanente pelos profissionais da rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	78
Tabela 12	Mudanças no processo de trabalho observadas/realizadas pelos profissionais da rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	

		79
Tabela 13	Vínculo Profissional na rede de unidades de saúde da família segundo gestores, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	79
Tabela 14	Opinião dos usuários com relação ao processo de cuidado na rede de Unidades de Saúde da Família segundo sexo, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	86
Tabela 15	Processo de cuidado na rede de unidades de saúde da família por distrito, segundo usuários, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010...	87
Tabela 16	Acesso ao profissional da rede de unidades de saúde da família segundo usuários, julho Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	89
Tabela 17	Relação usuário-profissional na rede de unidades de saúde da família por distrito, segundo usuários, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	90
Tabela 18	Clareza na comunicação segundo usuários da rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	91
Tabela 19	Avaliação dos serviços pelo segundo usuários, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DS	Distrito Sanitário
ELB	Estudos de linha de base
ESF	Equipe de Saúde da Família
Fapesb	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OSP	Organização dos Serviços e das Práticas
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PE	Políticas específicas
Pnad	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PP	Práticas Profissionais
PPI	Programação Pactuada Integrada
Proesf	Programa de expansão da estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo e Ajuste de Conduta
Ufpel	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidades de saúde da Família

USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	A ATENÇÃO BÁSICA E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16
3	ATENÇÃO BÁSICA E INTEGRALIDADE	20
4	PESQUISAS AVALIATIVAS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: OS ESTUDOS DE LINHA DE BASE	24
5	CONTEXTO LOCAL	27
6	METODOLOGIA	29
6.1	POPULAÇÃO-ALVO E BASE GEOGRÁFICA	30
6.2	AMOSTRA	30
6.2.1	Profissionais	31
6.2.2	Gestores	31
6.2.3	Usuários	31
6.2.4	Decisões operacionais	34
6.2.5	Critérios para inclusão dos entrevistados	35
6.3	PRODUÇÃO DE DADOS	35
6.3.1	Instrumentos de produção de dados	35
6.3.2	Seleção e treinamento da equipe	37
6.3.3	Estudo piloto	37
6.3.4	Coleta dos dados	37
6.4	ANÁLISE DOS DADOS	38
6.7	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO	38
6.8	ASPECTOS ÉTICOS	54

7	ANÁLISE DOS RESULTADOS	55
7.1	CONTEXTO MUNICIPAL	55
7.2	PERDAS NA POPULAÇÃO AMOSTRADA	58
7.3	PERFIL DOS USUÁRIOS	59
7.4	PERFIL DOS PROFISSIONAIS	63
7.5	PERFIL DOS GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	66
7.6	AVALIAÇÃO COM FOCO NAS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE	68
7.6.1	Dimensão 1: Políticas Específicas da Atenção Básica	69
7.6.1.1	<i>Percentual de cumprimento de metas pactuadas pelo município</i>	69
7.6.1.2	<i>Processo participativo na tomada de decisão</i>	73
7.6.2	Dimensão 2: organização dos serviços e das práticas	75
7.6.2.1	<i>Processo de gestão</i>	76
7.6.2.2	<i>Organização de processos de trabalho</i>	77
7.6.3	Dimensão 3: práticas profissionais	84
7.6.3.1	<i>Foco das ações</i>	84
7.6.3.2	<i>Processo de cuidado</i>	86
7.6.3.3	<i>Relação profissional – paciente</i>	88
7.7	AVALIAÇÃO GLOBAL DA REDE DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM FOCO NA INTEGRALIDADE	99
7.8	ENUNCIÇÃO AVALIATIVA DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS PRÁTICAS PELOS USUÁRIOS	
8	DISCUSSÃO	103
8.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	103
8.2	AVALIAÇÃO DA REDE COM FOCO NA INTEGRALIDADE	106
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	115

APÊNDICES	122
APÊNDICE A – Questionário de usuários	122
APÊNDICE B – Questionário de profissionais	124
APÊNDICE C – Questionário de gestores	126
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	130
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética na Pesquisa da SESAB	131
ANEXO B - Ofício de autorização para realização da pesquisa emitido pela Secretaria Municipal da Saúde de Salvador	132

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária, consolidada na VIII Conferência, propunha uma mudança de paradigma: substituir o modelo de atenção à saúde com foco na demanda do capital econômico por um sistema de saúde capaz de atender às necessidades da população, com foco na demanda social e princípios como o da Integralidade. Vislumbrava-se a possibilidade de estruturar uma rede de serviços de saúde universal e com oferta organizada, que priorizasse as necessidades de saúde da população, numa concepção ampliada.

As discussões nesta Conferência refletiam a necessidade de uma reforma no sistema de saúde, com superação do modelo vigente de atenção à saúde, caracterizado como médico-assistencial privatista. Este, voltado prioritariamente para atender aos interesses econômicos do setor privado, foi consolidado na década de 1960, com a expansão do setor industrial brasileiro, para garantir que os indivíduos que compunham a mão-de-obra econômica estivessem em condições de saúde compatíveis para o trabalho (MENDES, 1996).

O respaldo legal para a mudança do sistema de saúde foi estabelecido no início da década de 1990, através das leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes gerais estão descritas na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 (BRASIL, 1990) que inclui como princípios a Universalidade, para garantir o acesso aos serviços de saúde para todos os indivíduos; a Equidade, para diminuir as desigualdades de acesso aos serviços e a Integralidade, garantindo para os indivíduos resolução dos seus problemas de saúde nos diversos níveis de assistência.

Com a implantação do SUS, várias iniciativas com foco na substituição do modelo de assistência à saúde têm sido adotadas, entre elas está a Atenção Básica à saúde.

O respaldo operacional para a consolidação da Atenção Básica à Saúde no novo modelo de assistência à saúde é a implementação de algumas estratégias. Uma delas foi o Programa

de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, adotado nacionalmente após uma experiência bem sucedida no estado do Ceará (BODSTEIN, 2006).

O PACS trouxe mudanças positivas no comportamento da população em relação à saúde. Como demonstrou estudo realizado no Ceará por Svitone *et al* (2000 *apud* ALMEIDA; MACINKO, 2006), houve melhora nos indicadores de saúde e aumento da participação comunitária nas ações de saúde, com redução da taxa de mortalidade infantil e aumento na cobertura vacinal. O estudo apontou, porém, a existência de barreiras para a utilização de serviços de assistência médica e para a continuidade do acompanhamento, o que impedia a Integralidade da atenção à saúde dos usuários dos serviços.

Para superar esses limites é concebido e implantado o Programa Saúde da Família (PSF). Este alia ao PACS uma equipe mínima de saúde composta por médico, enfermeira e técnicos de enfermagem. O PSF inclui a delimitação de um território específico de atuação com adscrição de clientela, o planejamento local da saúde, a inclusão da comunidade local no processo decisório, a abordagem multiprofissional, o vínculo entre a equipe e os usuários, ações de promoção, prevenção e tratamento integradas, entre outros atributos (BRASIL, 1996).

Desde então, o PSF é adotado como estratégia prioritária de governo para substituir gradualmente o modelo tradicional de assistência à saúde (BRASIL, 1997). Essa diretriz para a reorganização da Atenção Básica foi reafirmada em 2006, através da assinatura do Pacto da Saúde por municípios, estados e governo federal (BRASIL, 2000).

O impacto dessa opção, entretanto, ainda não tem sido demonstrado através de pesquisas avaliativas e as mudanças na reforma da Atenção Básica ainda não são muito evidentes (OPAS, 2010). São poucas as pesquisas avaliativas no campo da Atenção Básica, apesar de existir consenso de que qualquer decisão deve ser acompanhada de avaliação e monitoramento, no sentido de readaptar o conhecimento à medida que a intervenção acontece (CONTANDRIOPOULOS, 1997; FELISBERTO, 2004).

A maioria das avaliações encontradas obedece, prioritariamente, aos aspectos quantitativos, baseados em número de consultas e procedimentos, parâmetros frequentemente decididos no âmbito nacional ou estadual. Além disso, há ainda a cultura nacional em avaliar no início de uma gestão tudo o que foi feito pela gestão anterior como ruim e ao invés de dar

continuidade e fazer ajustes, iniciar a nova administração ignorando o existente (MINAYO, 2005)

Análise feita por Hartz (2005) aponta que a Atenção Básica enquanto política assumiu diferentes características nas diferentes regiões do país, chamando atenção para a dificuldade de implantação principalmente em grandes centros urbanos. Aponta ainda alguns dos fatores que contribuem para esse quadro, como rotatividade de profissionais de saúde devido à violência urbana, não favorecendo a consolidação de vínculos e projetos, a existência de uma rede privada com grande incorporação tecnológica que acaba muitas vezes competindo com o modelo proposto e a lógica de vigilância à saúde.

A institucionalização da avaliação na Atenção Básica levando em conta as peculiaridades regionais podem apontar novos caminhos a percorrer durante o processo de consolidação do SUS. Conill, (2004) aponta a necessidade de avaliações para além das análises quantitativas, buscando enfoque em algumas diretrizes básicas da política de saúde, entre elas o princípio da integralidade da atenção, pois assim seria possível conferir maior sentido às metas pactuadas, focando a qualidade da assistência prestada.

As iniciativas de avaliação da Atenção Básica voltadas para o alcance da Integralidade levando em consideração os saberes dos diversos atores envolvidos pode fornecer ferramentas para a concretização do que foi idealizado para o SUS. “Vemos assim a possibilidade de cumprirmos nosso legado de democracia e justiça social, e mais que isso, lutar por uma ética da responsabilidade, a ética da integralidade, a ética do futuro.” (PINHEIRO, 2008, p.37)

Este projeto tem como objeto de estudo a rede de unidades de Saúde da Família no município de Salvador, Bahia, no ano de 2009. Faz parte de um projeto maior, denominado Avaliação das Práticas de Saúde na Atenção Básica à Criança com foco na Integralidade (MELO, et al. 2009), coordenado pela orientadora e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb).

Para esta pesquisa foi definido o município de Salvador, capital do estado da Bahia, que possui atualmente uma rede de atenção básica à saúde estruturada em doze distritos sanitários, com acentuadas desigualdades sociais. Observou-se durante a pesquisa de campo que na conformação dos distritos, o número de unidades de saúde da família ainda é bastante inferior ao de unidades tradicionais e que a rede de unidades de referência não permite

nenhum tipo de autonomia e organização de fluxo nos distritos. Além disso, a valorização e investimento financeiro são prioritariamente nos serviços de média e alta complexidade (SALVADOR, 2005).

Outra característica no município de Salvador é que até 2008, contrariando o Pacto pela Saúde, assinado pela secretaria Municipal da Saúde em 2006, a gestão de unidades básicas de saúde e da mão de obra da saúde se mantinha terceirizada, em particular dos trabalhadores contratados para o PSF (SANTANA, 2008). Ainda em 2008, através de intervenção do Ministério Público contra a terceirização, foi instituído o Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta (TAC) para contratação dos profissionais até a realização de concurso público prevista para 2009 e que não aconteceu.

Diante disso, a iniciativa de avaliar a rede de unidades de saúde da família no município de Salvador busca revelar a implementação das políticas específicas da Atenção Básica, quais são as características das práticas profissionais e como estão organizados os serviços e as práticas. Foram escolhidas as Unidades de Saúde de Família (USF) por comporem a estratégia do Sistema Único de Saúde para consolidação de um modelo contra-hegemônico de assistência à saúde.

O foco da avaliação é o princípio da Integralidade por ser este uma imagem-objetivo na qual se pauta a construção do SUS. Além disso, é o princípio que melhor caracteriza a relação entre o usuário e o serviço de saúde, refletindo os interesses políticos dos gestores locais, a forma como são organizados os serviços e as práticas e a forma como acontece a relação entre os usuários e profissionais de saúde.

A questão que norteia a pesquisa é: O quanto a rede de unidades de saúde da família do município de Salvador se aproxima do princípio da Integralidade?

O objetivo geral é avaliar a rede de Unidades de Saúde da Família do município de Salvador em 2009, tendo como foco o princípio da Integralidade. São objetivos específicos: criar uma linha de base avaliativa para o município e avaliar a proximidade de cada distrito com o conceito operacional de integralidade adotado na pesquisa.

Esta pesquisa pretende verificar o pressuposto de que a rede de unidades de saúde da família municipal ainda encontra-se distante do princípio da Integralidade.

A avaliação da rede de Unidades de Saúde da Família em Salvador com foco na Integralidade é uma iniciativa inédita, relevante para o SUS e propiciará a identificação de elementos que dificultam o alcance da integralidade e até impedem a própria implantação e expansão da Estratégia Saúde da Família no âmbito municipal.

2 A ATENÇÃO BÁSICA E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde teve suas bases formuladas em movimentos de diversos setores sociais e por isso adotou princípios como da Universalidade, Equidade e Integralidade. Estes princípios se complementam uma vez que propõem acesso por parte de qualquer cidadão ao sistema de saúde, com distribuição equânime da oferta de serviços, priorizando aqueles que têm demandas mais urgentes, com a intenção de que cada indivíduo ou grupo populacional tenha as necessidades de saúde atendidas em sua integralidade.

Dentre os níveis de complexidade do SUS, a Atenção Básica/Atenção Primária é aquele onde o princípio da Integralidade pode obter maior expressão. Nos locais onde está consolidada, a Atenção Básica além de ser o primeiro contato do usuário com sistema de saúde é também onde os profissionais se aproximam mais da realidade onde ele está, podendo contemplar, portanto seu contexto social, ambiental e interferir sobre um número maior de determinantes da saúde. (STARFIELD, 2002).

Para a autora é possível medir a Integralidade na Atenção Básica, através da verificação da sua capacidade (através da variedade de serviços ofertados) e do seu desempenho (na extensão com que as ações alcançam as necessidades da população).

Diante disso, para alcançar a Integralidade, é necessário fazer da Atenção Básica uma política prioritária. A Atenção Básica tem sido avaliada em vários países onde foi implantada. Um grupo de pesquisadores criou indicadores para avaliar o quanto os sistemas de saúde e os serviços de saúde têm força. A pesquisa foi realizada em 1994, em doze países e as características são onze. Cinco delas indicam que a Atenção Básica é uma prioridade política forte: a distribuição geográfica da rede de serviços de acordo com a necessidade; o tipo de

profissionais designados para atuação neste tipo de serviço (perfil generalista); a valorização profissional de atenção básica em relação aos especialistas em relação à remuneração; o número de médicos de saúde da família em relação aos especialistas; e a extensão de cobertura para os serviços de saúde.

Outras seis características que indicam a força das unidades de saúde: o quanto as pessoas procuram a unidade como primeira opção de atendimento; a força da relação entre profissional e paciente; a medida em que a unidade de saúde tratou das necessidades comuns; o grau de coordenação entre a atenção primária e outros serviços de saúde; a orientação familiar da atenção. (STARFIELD, 2002)

No Brasil, diversos autores discutem o conceito de Integralidade na Atenção Básica. Para Narvai (2005), ao analisar Atenção Básica e Integralidade, no estado em que o sistema de saúde brasileiro se encontra ele não oferece Atenção, que tem um sentido amplo, e sim Assistência, que se resume ao encontro do profissional com o usuário. O autor continua sua reflexão confrontando o significado dos termos e seu reflexo na prática e quanto ao termo Básica o autor ressalta a necessidade de não confundir com simples, enfatizando que a rede de unidades básicas de saúde que são a porta de entrada do indivíduo no sistema, não deve ser apenas uma porta de passagem, e sim ser a Atenção Primeira, ou Atenção Primária, capaz, no seu pleno funcionamento de resolver 70% dos problemas de saúde e que, como nível de complexidade de um sistema, exige outros níveis complementares de atenção para aí sim atingir Integralidade.

No Brasil, estrategicamente o Programa Saúde da Família (PSF) foi adotado na Política Nacional de Atenção Básica para efetivar a mudança de modelo assistencial. Segundo Vieira-da-Silva (2008), a expansão do PSF foi rápida, passando de 2.4% dos municípios em 1996 a 85% em 2004, apesar de obter consolidação (continuidade com cobertura maior que 70% em 2004) em apenas 28% dos municípios. Segundo os Estudos de Linha de Base (ELB), a cobertura variou de acordo com a região do País, de 15% no município de São Paulo a 60% em municípios do Nordeste, confirmando dificuldade na implantação em grandes centros urbanos.

Em estudo realizado por Machado (2000), foram identificados como avanços do PSF: melhor acesso aos serviços de saúde, melhoria da qualidade do atendimento, atendimento de demanda organizada, vínculo da equipe com a comunidade, aumento da satisfação do usuário,

trabalho em equipe, maior resolutividade dos serviços de saúde, assistência integral, territorialização, atendimento domiciliar e diminuição do número de internamentos hospitalares.

No entanto, Teixeira (2004); Chiesa, Fracolli (2004) afirmam que, apesar da ampliação da cobertura do PSF e maior acesso da população aos serviços de saúde, a qualidade com a qual esses serviços são oferecidos não garante a integralidade na atenção e, além disso, não refletiu em impacto positivo sobre as condições gerais de saúde da população, pois suas ações concentram-se prioritariamente em indicadores específicos, como é o caso da mortalidade infantil.

Os primeiros estudos de linha de base para a avaliação da rede básica de saúde do SUS foram realizados no Brasil em 168 municípios com mais de cem mil habitantes, através do Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família/Proesf. Os estudos foram feitos nas diversas macrorregiões nacionais a partir do ano de 2005 e visavam dar subsídios para a conversão do modelo assistencial por meio da expansão da estratégia saúde da família nos grandes centros urbanos do país. Além disso, pretendia também estimular a institucionalização da avaliação na atenção básica. O foco dos primeiros estudos de linha de base foi o padrão epidemiológico e a organização dos serviços de atenção básica. (BODSTEIN, 2006).

Observa-se, apesar do ideário do PSF, a manutenção do modelo hegemônico de atenção à saúde, com foco na doença. Dowbor (2008), em trabalho sobre a determinação social da saúde no âmbito do PSF, observou que dentre as ações na estratégia saúde da família são mais frequentes e regulares aquelas com foco no cuidado da doença, apesar de também serem observadas ações nos outros grupos de atividades (comportamental, social e estrutural).

Apesar da ampliação de cobertura no território nacional, considerando o número de municípios que aderiram ao PSF, o índice de cobertura populacional dentro dos municípios ainda está longe dos 70% pretendidos. O PSF, atendendo ao princípio da Equidade, tem sido implantado em periferias e comunidades de baixa renda econômica. Com o crescimento desorganizado, ficam lacunas no cadastramento das famílias, gerando, muitas vezes, insatisfação.

Para Conill (2004), houve grande avanço no que diz respeito à qualidade da atenção, após a implantação da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, os princípios da Universalidade e da Integralidade esbarram na baixa cobertura. Muitas vezes o PSF tornou o sistema de saúde excludente, pois com a adscrição de clientela passou a atender exclusivamente a um público e por consequência, excluir outro.

A dificuldade fica mais evidente ainda nos grandes centros. Para Göttems (2009), vários fatores reforçam estas dificuldades, principalmente a complexidade epidemiológica, o adensamento populacional, o processo de urbanização desorganizado, as desigualdades sociais e o déficit em saneamento.

Campos (2003) assume posição semelhante quando afirma que um grave problema sanitário persiste: apesar dos avanços no campo da saúde devido ao processo de democratização e descentralização, grande parte da população ainda não tem acesso aos serviços de atenção à saúde de qualquer natureza.

Em Campinas, no estado de São Paulo, uma alternativa encontrada frente às dificuldades na implantação da estratégia em municípios de grande porte, foi a criação de um projeto específico (Projeto Paidéia), que buscou incorporar aos elementos da proposta ministerial, características que tornem factível sua execução em grandes centros. À equipe mínima de saúde da família, incorporou pediatra, ginecologista e conformou equipes de apoio matricial. Além disso, para evitar lacunas na atenção à população, não fez implantação gradual e sim simultânea de equipes em todo o município. Estabeleceu ali o acolhimento, realizado por profissional específico, que se propõe a não deixar o usuário, quer seja cadastrado ou não, a sair sem uma resposta ou encaminhamento (CAMPINAS, 2009).

Saito (2006), considerando o acesso como um dos aspectos da integralidade elaborou um fluxograma para analisar os processos de atendimento aos usuários dentro de uma unidade de saúde, identificando os momentos restritivos. Constatou que, mesmo dentro do serviço, o acesso não é garantido, esbarrando em dificuldades que inviabilizam a entrada do usuário nos processos internos de trabalho no serviço de atenção básica.

Outro aspecto importante a ser levado em consideração é que, apesar da proposta de trabalho em equipe, ainda há diferença na inserção dos diversos profissionais e seu sentido de pertença à equipe, dificultando o alcance do resultado esperado. Oliveira (2007) analisou a

atenção no PSF às mulheres na prevenção de câncer de colo uterino, estruturada em três temas: o olhar da mulher sobre o processo saúde-doença; a mulher e prevenção do câncer de colo de útero; as práticas de prevenção de câncer de colo de útero nos núcleos de saúde da família. Seus resultados apontaram que as USF têm potencialidades para qualificar a prática preventiva e promover integralidade, entretanto ainda falta a inclusão de toda a equipe para a obtenção de melhores resultados.

Dentre os princípios anteriormente citados a Integralidade ainda é aquele que não tem consenso quanto à sua definição e suscita discussões e pesquisas. Como esta pesquisa tem foco na Integralidade, faz-se necessário apresentar as diversas expressões admitidas para o termo. Para Mattos (2004), estudioso da Integralidade no setor saúde, muitas vezes há uma confusão na interpretação dos princípios do SUS. Segundo o autor, frequentemente na literatura, Integralidade vem expressa como Universalidade. Isso se deve ao fato de aparecerem no documento oficial características comuns a ambas as definições, como as ações preventivas e as assistenciais.

No documento constitucional, Universalidade se expressa no Art. 196. que define que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988). Ou seja, garantir a todos os indivíduos o atendimento no Sistema de Saúde. Integralidade, por outro lado, está descrita no Artigo 198, alínea II como atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988) e parece complementar e enfatizar alguns atributos com que os serviços devem ser oferecidos neste sistema de saúde universal.

Para Narvai (2005), o documento oficial é restrito e não aborda Integralidade. Ao seu ver, Integralidade compreende o sentido de sistema, de uma rede de serviços, e o enfoque constitucional é para o atendimento, à assistência ao indivíduo. Apesar desta definição ser parte integrante do sentido de integralidade, não o compreende. Para o autor, a complexidade do termo vai além, envolve atuação sobre todos os determinantes da saúde e se assim não for, não pode ser denominada Integralidade. Se atuar em parte dos determinantes resolverá parte dos problemas de saúde ou resolverá para um segmento da população, sendo excludente e parcial.

Mattos (2004) assume posição semelhante quando afirma que diante da dimensão do SUS, que se propõe a garantir acesso a todos os cidadãos a diversos níveis do sistema, Integralidade é, na verdade, o acesso a ações de promoção, prevenção e assistência na Atenção Básica à saúde e na rede de média e alta complexidade de assistência.

Há diversas posições adotadas por diferentes autores na discussão do tema. Alguns admitem Integralidade como um atributo da organização da rede de serviços ou das práticas profissionais, através de conceitos como vínculo, acolhimento e qualidade de atenção (CAMARGO JR. et al, 2008), outros analisam Integralidade à luz do elenco de serviços aos quais o usuário deve ter acesso no sistema de saúde (IBAÑEZ et al., 2006).

Hartz e Contandriopoulos (2004) enfocam a Integralidade no âmbito da organização dos serviços e afirmam que o conceito de Integralidade remete ao de integração dos serviços através de redes de assistência. Para os autores é importante reconhecer que há uma interdependência em todos os níveis do sistema de saúde, pois nenhum deles dispõe de todos os recursos para resolver os problemas de saúde da população em todos os ciclos da vida.

Em todas elas, complementares entre si, observa-se que a Integralidade é conceitual e empiricamente, um objetivo difícil de ser alcançado pelo o sistema de saúde, exigindo a ordenação de serviços em rede com diversos níveis de complexidade e uma atenção ao indivíduo ou grupo de indivíduos em todas as etapas da vida, na forma de prevenção de riscos e agravos, promoção da saúde, assistência na situação de acometimento por um agravo, e na reabilitação.

Apesar de muita discussão, não há como definir precisamente o que seja Integralidade, pois qualquer definição reduziria o termo e poderia excluir várias das suas características. Na impossibilidade de elaborar um conceito de Integralidade, Mattos (2001) aponta uma alternativa, o agrupamento dos conceitos em três grandes dimensões.

A primeira dimensão está relacionada às políticas específicas. Esta dimensão se refere à capacidade de abrangência das respostas governamentais aos problemas de saúde dos grupos populacionais (MATTOS, 2001). A Integralidade acontece quando a elaboração da política e sua expressão na prática se recusam a reduzir o usuário ou grupo de usuários a uma determinada patologia ou etapa da vida.

Neste aspecto, a Integralidade permeia todas as iniciativas de governo de não excluir ou fragmentar indivíduos ou grupos. Exige adoção de medidas de reorganização do sistema de forma a garantir acesso a todos em todos os níveis ao sistema de saúde. São exemplos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde a Mulher e a Política Nacional da Atenção Básica.

A segunda dimensão da Integralidade inclui a forma como estão organizados e distribuídos os serviços de saúde e as práticas. A integralidade se expressa aí quando esta organização não dissocia as práticas de saúde coletiva e as práticas assistenciais (MATTOS, 2001). Refere-se à presença de ações e serviços de prevenção, promoção assistência e reabilitação em cada um dos níveis de complexidade do sistema de saúde. Incluindo aí o que Hartz e Contandriopoulos (2004) definem como sistema sem muros, entre a natureza das ações e os níveis de complexidade.

A terceira dimensão está relacionada à forma como acontecem as práticas profissionais no momento do encontro com o usuário. É a capacidade de escuta qualificada, apreensão ampliada, com resolução do problema apresentado sem reduzi-lo, e elaboração de um projeto terapêutico em conjunto com o usuário. (MATTOS, 2001, 2004).

“No campo das relações intersubjetivas, a discussão sobre integralidade nos remete inevitavelmente à reflexão sobre a noção de cuidado, visualizando também o conceito de humanização” (BOSI E UCHIMURA, 2006, p.89). Para as autoras, humanizar significa possibilitar um reencontro, um acolhimento, empatia e diálogo e isto ajuda a compor a integralidade na atenção à saúde, ao que Ayres (2004) concorda e complementa quando afirma que os profissionais de saúde devem estar comprometidos, ter responsabilidade sobre os projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam.

Entretanto, o que tem sido observado na prática não é exatamente isso. Historicamente, a concretização de mudança no modelo assistencial encontra resistência e para Campos (2003), o desafio atual se constitui em superar o legado assumido pelo SUS onde as práticas de saúde são fragmentadas, cada profissional conhece apenas um aspecto do paciente, ficando alienado do seu objeto de trabalho. Além disso, o autor afirma que a oferta de serviços de Atenção Básica organizada em programas reproduz o atendimento especializado e fragmentado, a disponibilidade de recursos não é adequada, os profissionais

não são treinados para atuar de acordo com o novo modelo assistencial e são mal remunerados. Ao que Starfield (2002), complementa:

a equipe deveria oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnóstico de doenças manifestas. Também deveria reconhecer adequadamente, problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Este último é particularmente importante, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social, que freqüentemente predispõe ou causa enfermidades. (STARFIELD, 2002, p.92)

A formação de profissionais voltados para este modelo de atenção também se constitui em um problema para a concretização da Integralidade na atenção à saúde. Ceccim (2005) enfatiza que é necessário o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho associados à noção de aprender a aprender, trabalhar em equipe e construir cotidianos. O autor apresenta ainda problemas como baixa disponibilidade de profissionais, distribuição irregular com maior concentração em centros urbanos, foco na especialidade, na formação hospitalar, centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência.

Recentemente, alguns autores (MATTOS, 2001; BOSI, UCHIMURA 2006; CONILL, 2004) vêm apontando para a necessidade de enfatizar a Integralidade na avaliação do Sistema Único de Saúde. Para os mesmos, a Integralidade agrega um conjunto de atributos que refletem uma imagem-objetivo desejável para o SUS.

Pode parecer frágil tentar compreender a Integralidade em apenas um dos níveis do sistema, entretanto, a avaliação de determinados indicadores pode apontar para a articulação deste nível com outros, além da própria estrutura da Atenção Básica, bem como as práticas ali desempenhadas.

3 PESQUISAS AVALIATIVAS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: OS ESTUDOS DE LINHA DE BASE

Em 2004 o Ministério da Saúde financiou os Estudos de Linha de Base (ELB) do Programa Saúde da Família em diferentes centros urbanos no país. As pesquisas focavam, conforme estabelecido no projeto intitulado Monitoramento e Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) para o Desenvolvimento de Estudos Avaliativos Linha de Base de municípios, apenas aqueles com mais de 100 mil habitantes. (IBAÑEZ et al., 2006). Os estudos compreenderam as regiões Sudeste, Nordeste, e Sul em associação com instituições de ensino e pesquisa.

O estudo realizado em 62 municípios do estado de São Paulo, agrupado em conglomerados (*clusters*), foi desenvolvido por um consórcio coordenado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), e consistiu em uma avaliação do desempenho da Atenção Básica.

A pesquisa envolveu médicos, enfermeiras e usuários ou acompanhantes dos serviços de saúde e fez uma análise comparativa das respostas encontradas no PSF e nas unidades básicas de saúde tradicionais com as respostas de usuários e de profissionais. Os resultados apontaram para maior cumprimento dos postulados da Atenção Básica nos *clusters* cuja população apresentava melhores condições sociais. Além disso, a avaliação do próprio desempenho alcançou melhores resultados entre profissionais de PSF do que entre os profissionais das UBS tradicionais.

Os resultados sobre acessibilidade e porta de entrada foram semelhantes entre as duas modalidades. Os profissionais fizeram uma avaliação mais positiva do que os usuários em relação às dimensões vínculo, enfoque familiar e orientação comunitária em três clusters. Entretanto, as respostas foram semelhantes no que diz respeito às dimensões de acessibilidade, e porta de entrada.

A análise feita pelos pesquisadores aponta piores resultados na região metropolitana devido ao maior quantitativo de população com piores condições sócio-econômicas. (IBAÑEZ et al, 2006)

Outro ELB, realizado em cinco municípios de Minas Gerais e Espírito Santo tomou como referência predominantemente dados secundários. A pesquisa teve como foco três dimensões: a político-institucional, através da análise de indicadores da Atenção Básica, organização da atenção e do cuidado integral e o desempenho dos sistemas de saúde (CAMARGO Jr. et al, 2008).

Os resultados encontrados entre os municípios apontaram como principal semelhança nos municípios avaliados a existência e efetividade dos Conselhos de Saúde, a manutenção ou redução dos níveis de cobertura de PSF entre 2001 e 2005 e alta rotatividade dos profissionais, principalmente de nível superior. O índice de realização de treinamento introdutório e capacitações técnicas em todos os municípios foi alto, apesar de serem cursos pontuais e da grande rotatividade dos profissionais, diminuindo o impacto das ações educativas. Como avaliação do desempenho, demonstrou a manutenção de baixos índices de mortalidade infantil, aumento do pré-natal e aleitamento exclusivo, em comparação com outros estados da região (BELISÁRIO et al, 2006).

Os Estudos de Linha de Base coordenados pela Universidade Federal de Pelotas (Ufpel) foram realizados em dezessete municípios da região Sul e vinte municípios da região Nordeste. Os resultados demonstraram um aumento da cobertura do PSF, sendo que em 2006 mais da metade destes municípios tinha 40% de cobertura e um quarto deles mais de 60% de cobertura, com maiores índices na região Nordeste.

Quanto ao desempenho e efetividade, o estudo demonstrou que o PSF foi bem sucedido na promoção da equidade, por priorizar regiões mais pobres, cuja população é mais vulnerável em ambas as regiões. Indicadores da Atenção Básica como cobertura de pré-natal e

puericultura alcançaram 97% das gestantes e 91% dos menores de um ano. Esta pesquisa também comparou os resultados entre a modalidade tradicional de assistência e o PSF, indicando maior efetividade do PSF no atendimento aos pacientes crônicos e idosos, no atendimento domiciliar, nas ações de promoção e prevenção da saúde, assim como no cuidado prestado a grupos mais vulneráveis.

Os aspectos negativos encontrados se referiram à estrutura física das unidades de ambas as modalidades, ao acesso inadequado para idosos e portadores de deficiência em mais da metade dos serviços, baixa prevalência de profissionais capacitados e de utilização de protocolos. Além disso, o sistema de informação foi criticado por ser fragmentado, desatualizado e de baixa qualidade. Outro achado negativo importante é o vínculo de trabalho precário, mais comum no PSF que nas USF tradicionais (FACCHINI, 2008).

No geral, a Atenção Básica foi avaliada como distante das prescrições do SUS. Houve discretas diferenças favoráveis ao PSF, quando comparado com o modelo tradicional de assistência à saúde, apesar disso não significar ainda a consolidação da estratégia. Para esta consolidação muitas mudanças ainda devem ser adotadas no intuito de assegurar que a Atenção Básica seja uma prioridade não apenas no âmbito teórico, mas também no cotidiano das ações de saúde.

4 CONTEXTO LOCAL

Salvador tem apresentado características no seu desenvolvimento que merecem atenção. A densidade demográfica vem aumentando mais que a média nacional. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para Salvador, realizadas em 2007, a população era de 2.892.625 habitantes. Houve um acréscimo, em 2008, de mais 56.108 habitantes, com uma taxa de crescimento de 1,94% no período. Nas projeções feitas pelo IBGE, em 2009, a capital baiana teria superado a marca dos 3 milhões de habitantes.

Esse aumento populacional desordenado constitui um desafio urgente para a administração municipal, exigindo um planejamento que contemple os diversos setores: saneamento, transporte, geração de emprego e renda, educação e saúde.

Em relação ao setor saúde, a Rede de Saúde da Família foi apontada por análise realizada pelo Ministério da Saúde como a terceira pior dentre as capitais brasileiras. A cobertura de atenção básica na capital baiana atende 11,23% da população, sendo que o recomendado pelo Ministério é de 70%. A capital baiana está à frente apenas de Brasília (9,2%) e Rio de Janeiro (7,9%). Em relação ao Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS) apenas 27,8% da população soteropolitana tem cobertura dos agentes.

Estas diferenças geram impactos nos diversos setores, exigindo políticas sociais de redistribuição de renda e serviços para atenuar as desigualdades. No setor saúde observa-se que no município o maior aporte de recursos financeiros é destinado para a compra de serviços de média e alta complexidade do setor privado, com baixa cobertura e resolutividade de serviços de atenção básica no modelo Saúde da Família e gerência terceirizada dos serviços públicos (SANTANA, 2008; SALVADOR, 2005).

Um fato relevante é que a percepção do conceito de saúde por parte da população tem mudado. O Plano Municipal de Saúde indica que a população não identifica apenas problemas de saúde relacionados ao corpo biológico, porém referem a violência e a baixa qualidade de vida como problemas de saúde. (SALVADOR, 2005). Quando questionados quanto aos problemas dos serviços de saúde, as respostas se concentram, especialmente, na infraestrutura, na gestão e no modelo de atenção, considerando sua distribuição nos distritos sanitários (SALVADOR, 2005).

Isso reflete a necessidade de adequação da rede de serviços às necessidades da população. A participação social instituída através do Conselho Municipal de Saúde com a Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990) trouxe ao sistema a possibilidade da democratização da gestão da saúde. Na história recente de Salvador, no entanto, há uma série de impedimentos para a ampliação deste processo (SANTANA, 2008).

A rede de atenção básica municipal está organizada em doze distritos sanitários, onde estão distribuídas sessenta e uma unidades de saúde no modelo tradicional e trinta e oito unidades de saúde da família, com várias equipes de saúde da família por unidade (SALVADOR, 2009).

Pode-se observar, segundo dados fornecidos pela secretaria municipal da Saúde (SALVADOR, 2009) que a organização dos distritos segundo número de habitantes é desigual, variando de 68.598 habitantes no Distrito Sanitário Centro Histórico até 355.474 no DS de Pau da Lima. Observa-se também que na organização há distritos que possuem mais serviços de média e alta complexidade que unidades básicas de saúde contrariando a lógica da reforma do modelo assistencial, como é o caso do DS da Liberdade.

O percentual de unidades de saúde da família também ainda é baixo e a grande concentração de equipes (até quatro) por unidade pode se configurar em um problema de acesso, na medida em que grandes contingentes populacionais são atendidos na mesma unidade.

Os indicadores de morbi-mortalidade no município ainda são preocupantes com ênfase aos distritos sanitários da Liberdade, Itapagipe, Centro Histórico e São Caetano/Valéria que estão entre os possuem maior número de casos novos de tuberculose, mortalidade por doenças cérebro-vasculares, percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, com coeficiente

de mortalidade infantil de 33,2 no DS Centro Histórico, frente ao Coeficiente municipal de 18,4 por 1.000 nascidos vivos (SALVADOR, 2005).

Dados da Subcoordenação de Informações em Saúde afirmam que apenas nove das vinte e quatro metas pactuadas para o ano de 2007 na saúde foram alcançadas o que reafirma a necessidade de reestruturação da rede de serviços de forma a ampliar o acesso e a qualidade na assistência prestada de forma a garantir mudança no perfil de saúde local.

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa, tomando como eixo norteador o princípio da Integralidade. O estudo gerou uma linha de base avaliativa. A linha de base constituiu-se da análise das respostas obtidas nas entrevistas com gestores de unidades de saúde, profissionais e usuários. Além disso, foram realizada análise de dados secundários, através de documentos oficiais e notícias publicadas durante o período de realização da pesquisa.

Para constituição dos indicadores utilizou-se o referencial de Mattos (2001), que define três dimensões onde se expressa a Integralidade: a dimensão das políticas específicas, a dimensão das práticas profissionais e a dimensão da organização dos serviços e das práticas. A partir destas três dimensões foram elaboradas questões avaliativas e destas questões extraídos os indicadores da pesquisa.

Para fins desta pesquisa compreende-se que a Integralidade se expressa na articulação entre as políticas específicas implantadas, a organização dos serviços e das práticas para atender às demandas e necessidades de saúde de indivíduos, família e comunidade e as práticas dos profissionais que revelem vínculo e responsabilização com os usuários.

Para construção deste conceito operacional de Integralidade, foram feitas oficinas, após leitura de diversos textos que abordam o tema. O grupo foi composto por alunos de graduação, do mestrado e professoras doutoras que compõem o grupo de pesquisa Gerir, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Este conceito foi enviado a professores doutores externo ao grupo para validação.

Foram elaborados três questionários: um para os gestores de unidades de saúde, um para os profissionais e outro para os usuários. A primeira parte do questionário é composta pelas características sócio-demográficas dos entrevistados, a segunda pelas questões sobre aspectos da integralidade (APÊNDICES).

5.1 POPULAÇÃO-ALVO E BASE GEOGRÁFICA

O município de Salvador é a capital do estado da Bahia, tem uma superfície de 707 Km², uma população estimada pelo IBGE/2008 de 2.948.733 hab. Apresenta dividido em 18 Regiões Administrativas, e, na área da Saúde, em 12 Distritos Sanitários. Nos distritos sanitários estão distribuídas cinquenta e cinco unidades básicas de saúde convencionais - UBS, das quais trinta e três possuem Programa de Agentes Comunitários de Saúde e quarenta e sete unidades de saúde da família (USF), com até quatro equipes de saúde da família por unidade. (SALVADOR, 2009)

Pode-se observar, segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde (SALVADOR, 2009), que a organização dos distritos segundo número de habitantes é desigual, variando de 68.598 habitantes no Distrito Sanitário do Centro Histórico até 355.474 habitantes no Distrito Sanitário de Pau da Lima.

Sabendo-se que o total de unidades de saúde da família no município, no início da pesquisa era de quarenta e sete, e que há um gerente para cada unidade, a população alvo de gerentes de unidades de saúde da família é composta por quarenta e sete indivíduos.

Quanto ao grupo de profissionais de saúde, considerando a existência de noventa e sete equipes de saúde da família cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no início de 2009 (BRASIL, 2009), e a composição média de doze profissionais por equipe (um odontólogo, uma enfermeira, um médico, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário e uma média de seis agentes comunitários de saúde), a população alvo de profissionais do estudo é composta por 1.164 indivíduos.

Para cálculo da população alvo no grupo de usuários, utilizou-se como referência o total de famílias cadastradas no município no início do ano 2009, totalizando 94.152 famílias.

5.2 AMOSTRA

A amostra do estudo foi composta por vinte e uma unidades de saúde da família, sorteadas aleatoriamente nos doze distritos sanitários, sendo, a princípio, duas unidades por distrito (exceto nos distritos que só têm uma USF).

Os critérios de inclusão adotados para geração da base de gestores e informantes foram definidos da seguinte forma:

- Um gerente, ou representante da gerência (comissão gerencial) de cada unidade;
- Um profissional de cada categoria que compõem a equipe mínima do PSF (um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário, um médico, uma enfermeira, um agente comunitário de saúde e um técnico de enfermagem).

5.2.1 Profissionais

Para determinação da amostra de profissionais, considerando as peculiaridades da equipe de saúde da família, foi selecionada uma amostra intencional, composta por seis

profissionais por unidade de saúde sorteada, sendo um de cada categoria que compõe a equipe mínima de saúde da família (um médico, uma enfermeira, um odontólogo, um agente comunitário de saúde e um auxiliar de consultório dentário e um auxiliar de enfermagem).

O quantitativo da amostra foi estimado em 126 indivíduos

5.2.2 Gestores

No município de Salvador, em cada unidade de saúde da família há instituído um gestor. A amostra deste grupo foi composta por todos os gestores das unidades de saúde da família selecionadas, totalizando vinte e um indivíduos.

5.2.3 Usuários

Esta pesquisa é parte do projeto guarda-chuva Avaliação das Práticas de Atenção Básica à Saúde da Criança com foco na Integralidade. O cálculo da amostra de usuários foi elaborado para o projeto maior, considerando unidades básicas de saúde tradicionais (UBS) e unidades de saúde da família (Quadro 1). Para o presente projeto foram selecionados os indivíduos que demandam atendimento nas unidades de saúde da família. (n=732).

Como não existia precisão nos dados com relação ao número de usuários que utilizavam os serviços nas unidades básicas e unidades de saúde da família, optou-se por utilizar como referência para o cálculo da amostra, o número de famílias cadastradas no município, em janeiro de 2009 (N=94.152). A capacidade de atendimento foi por unidade foi

calculada adotando como referência a meta proposta pelo Ministério da Saúde de doze consultas agendadas e quatro consultas de urgência, multiplicado pelo número de profissionais de nível superior cadastrados no CNES, por unidade. Essas informações foram obtidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), através do [site: http://cnes.datasus.gov.br](http://cnes.datasus.gov.br) acessado no dia 20/05/2009.

Quadro 1. Distribuição da amostra de usuários segundo tipo da unidade e Distrito Sanitário para o projeto Avaliação das Práticas de Atenção Básica à Saúde da Criança com foco na Integralidade, junho de 2009.

Distrito Sanitário	Tipo da Unidade de Saúde		Tamanho da Amostra
	UBS Tradicional	USF	
Centro Histórico	92	37	128
Cabula-Beiru	220	55	275
São Caetano-Valéria	55	110	165
Liberdade	55	37	92
Barra Rio Vermelho	110	55	165
Itapagipe	37	37	73
Pau da Lima	146	18	165
Cajazeiras	18	92	110
Itapuã	73	37	110
Boca do Rio	55	18	73
Brotas	73	18	92
Subúrbio Ferroviário	55	220	275
Total	988	732	1720

Fonte: Projeto Avaliação das Práticas de Atenção Básica à Saúde da Criança com foco na Integralidade, junho de 2009

O cálculo da amostra de usuários foi realizado para estimar a proporção de usuários do SUS que demandam atenção na rede básica de saúde de Salvador, tendo como objetivo principal avaliar a aproximação da rede de unidades de saúde com o princípio da Integralidade. Como a frequência do evento em estudo era desconhecida (aproximação com a Integralidade), utilizou-se para estimar a variabilidade a proporção máxima ($p=0,50$), sob o

nível de confiança de 95%, admitindo-se um erro máximo de 1% ($d=0,01$) entre a população encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional. O total de elementos da população (N) foi obtido com base no total de famílias cadastradas em fevereiro de 2009 pelo Programa Saúde da Família ($N=94.152$). O n encontrado ($n=1.720$) foi alocado proporcionalmente por distrito sanitário de acordo com a capacidade de atendimentos/dia da unidade. Este estudo utilizou apenas o n relativo aos usuários das USF ($n=732$). Os usuários foram alocados proporcionalmente por unidade.

Como a amostra foi estratificada em um apenas um estágio (distrito sanitário), o tamanho da amostra foi obtido a partir da seguinte expressão da amostra aleatória simples

$$(AAS)^2: n = z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P) * N / [d^2 (N-1) + z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)]$$

Onde,

p = Proporção de indivíduos que utilizam o serviço ($p=50$);

N = total de famílias cadastradas em fevereiro de 2009 pelo Programa Saúde da Família ($N=94.152$);

d =erro amostral ($d=0,01$)

$z_{1-\alpha/2}^2=1,96$ – tamanho mínimo do efeito – detecta o número mínimo de usuários necessários para se fazer a comparação adequada dos efeitos.

Quadro 2. Distribuição da amostra de usuários por Distrito Sanitário considerando as perdas. Salvador, junho de 2009.

Distrito Sanitário	Tamanho da Amostra
Centro Histórico	37
Cabula-Beiru	55
São Caetano-Valéria	55
<i>Liberdade (excluído)</i>	37
Barra Rio Vermelho	55
Itapagipe	37
Pau da Lima	18
Cajazeiras	92
Itapuã	37
Boca do Rio	18
Brotas	18
Subúrbio Ferroviário	220
Total	640

5.2.4 Decisões operacionais

- Visando garantir representatividade e viabilidade do trabalho (custo e pessoal disponível para o trabalho de campo), decidiu-se pelo sorteio de duas unidades de saúde da família por distrito, exceto em dois distritos que possuíam apenas uma unidade, perfazendo um total de vinte e duas USF. Foram excluídas do sorteio todas as unidades cuja capacidade de atendimento tenha sido inferior a trinta usuários.
- Foram excluídas do sorteio três unidades o por não atenderem a demanda necessária de usuários para coleta: UBS Ivone Silveira, UBS Centro Social Urbano de Pernambués, USF Bom Jesus dos Passos.
- Nos distritos onde só existia uma USF, o número de entrevistados foi igual ao número integral da amostra calculado para o distrito.
- Durante o período de coleta de dados, antes de ir às unidades foram feitas reuniões com os coordenadores do distrito para que comunicassem aos gerentes das USF. Um DS (Liberdade) foi excluído da amostra, pois mesmo com autorização do Secretário da Saúde e

do coordenador do Distrito Sanitário, durante o período previsto para a coleta neste distrito, o coordenador estava de férias e quem o substituiu demandou requisitos incompatíveis com o tempo disponível para a coleta.

Uma unidade (USF Alto do Peru, DS São Caetano-Valéria) foi excluída após várias visitas para coleta, pois a frequência de usuários foi insuficiente.

5.2.5 Critérios para inclusão dos entrevistados

a) Coordenador de unidade de saúde da família

- Ser coordenador administrativo de unidades de saúde da família selecionada;
- Concordar em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido;

b) Trabalhador da saúde para cada equipe de saúde da família existente na unidade:

- Estar vinculado à equipe da unidade de saúde da família há, no mínimo dois meses;
- Concordar em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido;

c) Usuários dos serviços de saúde

- Ter utilizado pelo menos duas vezes os serviços da unidade;

Concordar em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

5.3 PRODUÇÃO DOS DADOS

5.3.1 Instrumentos de produção dos dados

Para cada grupo de informantes foi elaborado um modelo de questionário (APÊNDICES A, B e C). Havia questões com possibilidade de resposta dicotômica, questões abertas e questões com resposta graduada em uma escala ordinal de um (1) a quatro (4), de acordo com a intensidade da resposta dada.

Todos os questionários continham um bloco com questões sobre o perfil sócio-demográfico dos entrevistados e outro com questões específicas sobre a temática em questão.

As questões sobre políticas específicas da Atenção Básica incluíam características de processo participativo na tomada de decisão; as questões referentes à organização dos serviços e das práticas incluíam o processo de gestão, a organização de processos de trabalho; as questões referentes às práticas profissionais incluíam o processo de cuidado, a relação profissional-paciente e a relação profissional serviço, além da caracterização do vínculo empregatício e do foco das ações dos profissionais de saúde.

5.3.2 Seleção e Treinamento da equipe

A equipe de coleta de dados foi composta inicialmente por dezessete pessoas, dentre elas bolsistas de iniciação científica, alunos de graduação e pós-graduação voluntários e que demonstraram interesse e identidade com a pesquisa.

Após seleção da equipe houve uma oficina na qual o projeto foi apresentado de forma sintética. Os questionários foram distribuídos e após leitura coletiva, esclareceram-se as

dúvidas com mudança na redação de algumas questões para obter maior clareza. A etapa seguinte foi a simulação de entrevistas, enfocando forma de abordagem e aspectos éticos.

5.3.3 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado durante o período de junho de 2009. Esta etapa envolveu todos os entrevistadores voluntários e após três idas à unidade foram entrevistados 110 usuários, seis profissionais e uma gerente. A partir de então, foi desenvolvida a estratégia da coleta.

Os resultados do piloto permitiram avaliar as estratégias de campo utilizadas e o entendimento dos respondentes e entrevistadores quanto ao instrumento aplicado, subsidiou os ajustes metodológicos e as dificuldades operacionais de acesso aos respondentes para a realização da coleta propriamente dita.

5.3.4 Coleta dos dados

A coleta iniciou-se no Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário, que teve o maior número na amostra de usuários (220), e a partir de então, nos outros distritos sanitários, de acordo com a autorização do coordenador e a disponibilidade dos entrevistadores.

Para operacionalização da coleta, as pesquisadoras participaram de uma reunião com a presença dos coordenadores de Distritos Sanitários. Foram apresentados brevemente o conteúdo e objetivos, cada coordenador presente recebeu uma pasta contendo o resumo do projeto, o ofício de autorização pelo secretário municipal de saúde e uma cópia de cada questionário. Os coordenadores que não estavam presentes à reunião foram contatados posteriormente.

A principal dificuldade encontrada durante o período da coleta, compreendido entre junho de 2009 a março de 2010, foi o esvaziamento das unidades de saúde em relação ao número de usuários. Como dito anteriormente, o cálculo da amostra utilizou como referência a capacidade de atendimento da USF a partir do número de profissionais cadastrados no CNES, multiplicado pelo potencial de atendimentos previsto pelo Ministério da Saúde (dezesesseis consultas). Entretanto, na prática as informações divergiam no achado oficial. Havia, por exemplo, unidades com quatro equipes cadastradas e apenas um médico atendendo, portanto com potencial de atendimento/dia bastante inferior ao cálculo.

Outra dificuldade encontrada foi concernente aos serviços de odontologia, que possuíam equipe (odontólogo e auxiliar de saúde bucal-ASB), entretanto em vários lugares o atendimento estava suspenso há meses devido à falta de insumos ou manutenção de equipamentos. O que se observou foram unidades com poucos usuários. Em uma unidade com amostra de 110 usuários e potencial de atendimento calculado de 160 usuários/dia (considerando os 10 profissionais cadastrados no CNES) houve turnos onde apenas dois usuários apareceram. Em virtude deste fato, recomenda-se não adotar o CNES como base para cálculo da capacidade de atendimento nas unidades de saúde da família e sim dados de outra fonte mais confiável.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados consistiu em descrever o perfil sócio-demográfico dos gestores, profissionais e usuários e as dimensões da integralidade e como estes, se distribuíam nas unidades. Foram utilizadas distribuições de frequências univariadas e bivariadas, gráficos e medidas descritivas. As variáveis contínuas idade, tempo de serviço na unidade foram categorizadas utilizando medidas de tendência central (médias, desvio padrão) para definição dos pontos de corte. Para verificar as associações foi utilizado o teste estatístico *Teste Exato de Fischer* (quando necessário), considerando um nível de confiança de 95% ($\alpha \leq 0,05$).

Para a constituição das bases de dados, foi utilizado o Microsoft Access versão 2002, para análise dos dados utilizou-se o Software STATA v.8.0, os gráficos foram gerados por meio do Harvard Graphics versão 98 e Microsoft Office Excel versão 2007.

5.5 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

A partir das dimensões da integralidade adotadas no referencial teórico, foram definidos os indicadores, as variáveis, as fontes de informação, os parâmetros e a pontuação conforme mostram os quadros 3, 4 e 5.

O questionário dos gestores contemplou questões sobre os indicadores de processo participativo de tomada de decisão; o processo de gestão; e vínculo empregatício dos profissionais.

O questionário de profissionais contemplou questões sobre: processo participativo na tomada de decisão; processo de gestão; organização de processos de trabalho; foco das ações; relação profissional-paciente; relação profissional-serviço.

O questionário de usuários contemplou as questões acerca do processo de cuidado e da relação profissional-paciente.

Quadro 3. Indicadores da dimensão das Políticas Específicas

INDICADORES	PERGUNTA AVALIATIVA	VARIÁVEIS/ FÓRMULA	FONTE	PARÂMETROS	PONTUA ÇÃO
PE 1 Adoção da Atenção Básica como prioridade política municipal	O quanto são cumpridas as metas?	PE 1.2 Percentual de cumprimento de metas de cobertura de PSF, consultas médicas/habitante, visitas do ACS,	Relatório	Só pontuar as metas alcançadas	1 ponto para cada meta alcançada
PE 2 Processo participativo na tomada de decisão	Existência um projeto/ação desenvolvido pela equipe de saúde com base nos problemas do estado de saúde?	PE 2.1 Existência de projetos de saúde voltados para atenção individual e/ou coletiva da população adscrita.	Gestor, profissionais	Projeto/ação de intervenção contínua para pelo menos um problema do estado de saúde	> 70% dos entrevistados responderem sim = 5 Não=0
	Existe conselho local de saúde?	PE 2.2 Existência de conselho local de saúde	Gestor	Existência de conselho local de saúde formalmente instalado.	Sim= 5 Não=0

Quadro 4. Indicadores da dimensão da organização dos serviços e das práticas OSP

INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	VARIÁVEIS	FONTES	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
OSP 1. Processo de gestão	São realizadas ações de planejamento?	OSP 1.1 Utilização contínua de mecanismos de planejamento na organização dos serviços	Gestor máximo/enfermeiras	Utilização de instrumentos/mecanismos de planejamento das ações e atividades	> 70% dos entrevistados responderem sim para as duas questões= 5
	São realizadas ações de monitoramento da produção de serviços?	OSP 1.2 Utilização contínua de monitoramento da produção de serviços	Gestor máximo/enfermeiras	Utilização contínua de instrumentos/mecanismos de monitoramento da produção de serviços	< 70% dos entrevistados responderem sim para ambas as questões = 0

INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	VARIÁVEIS	FONTES	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
OSP 2. Organização de processos de trabalho	Existem iniciativas de Educação Permanente promovidas pela organização e que guardam coerência com a função desempenhada pelo trabalhador?	OSP 2.3 Existência de iniciativas de educação permanente ofertadas pela organização	Gestor e profissionais	Pelo menos 50% de atividades de educação permanente oferecidas pelo serviço e relacionados com a prática profissional	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1
	Houve iniciativas de reorganização do processo de trabalho nos últimos três meses? Essas iniciativas foram feitas a partir de resultados de avaliação dos serviços?	OSP 2.4 Reorganização do processo de trabalho a partir dos resultados da avaliação dos serviços	Gestor e enfermeiras	Qualquer iniciativa de reorganização do processo de trabalho deverá ter sido produto de um processo avaliativo	SIM = 5 NÃO = 0
	Qual o tipo de vínculo empregatício dos trabalhadores de saúde?	OSP 2.5 Tipo de vínculo empregatício dos trabalhadores de saúde	Gestor máximo	É esperado ao menos 50% de trabalhadores concursados	De 90% a 100% de profissionais concursados = 5 pontos; de 80% a 89% = 4; de 70% a 79% = 3; de 60% a 69% = 2; de 50% a 59% = 1

Quadro 5. Indicadores da dimensão das Práticas Profissionais

INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	VARIÁVEIS	FONTES	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
PP 1. Foco das ações	Você identifica outros problemas além dos que o usuário apresenta? Consegue intervir sobre estes problemas	PP 1.1. Escuta ampliada e capacidade de intervenção sobre os problemas identificados	Profissionais	Mais de 50% dos profissionais têm capacidade de escuta ampliada e intervém sobre os problemas identificados;	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1
	Você atua sobre os determinantes da saúde da população	PP 1.2 Promoção da saúde e prevenção de agravos	Profissionais	Mais de 50% dos profissionais atuam sobre os determinantes da saúde	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1

INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	VARIÁVEIS	FONTES	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
PP 2. Processo de cuidado	Há orientação para continuidade da atenção? Há orientação para promoção do auto-cuidado?	PP 2.1 Orientação em relação a continuidade da atenção PP 2.2 Orientação para promoção do auto-cuidado.	Usuário	Pelo menos 50% dos usuários orientados em relação a continuidade da atenção. Pelo menos 50% dos usuários orientados em relação ao auto-cuidado.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1

INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	VARIÁVEIS	FONTES	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
PP 3. Relação profissional paciente	Os usuários têm acesso ao profissional de saúde que o atendeu para esclarecer suas dúvidas?	PP 3.1 Acesso ao profissional que o atendeu para esclarecer dúvidas.	Usuário	O usuário teve acesso ao profissional que o atendeu todas as vezes ou na única vez em que procurou esclarecer dúvidas sobre o tratamento/cuidado.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1
	O diálogo entre profissionais e usuários é feito com linguagem clara e acessível?	PP 3.2 Grau de clareza da comunicação profissional-usuário.	Profissional e usuário	A comunicação deve ser 100% clara para usuário e profissional.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1

INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	VARIÁVEIS	FONTES	PARÂMETRO	PONTUAÇÃO
PP 4. Relação do profissional com o serviço	Você se identifica com o trabalho que desempenha na unidade de saúde da família?	PP 4.1 a Identificação do profissional com o trabalho		Pelo menos 50% dos profissionais expressam identidade com o trabalho na unidade/área.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1
	Você está satisfeito como seu trabalho?	PP 4.1 b Satisfação profissional com o trabalho		Pelo menos 50% dos profissionais expressam satisfação com o trabalho na unidade/área.	De 90% a 100% de respostas afirmativas = 5 pontos de 80% a 89% = 4 de 70% a 79% = 3 de 60% a 69% = 2 de 50% a 59% = 1

Na etapa da análise dos dados, para os indicadores que possuíam mais de uma variável, houve agrupamento das variáveis:

Assim:

- Para análise do indicador de políticas específicas, o indicador PP2 (processo de cuidado) foi composto pelas variáveis PP 2.1 (Orientação em relação a continuidade da atenção) e PP 2.2 (Orientação para promoção do auto-cuidado):

As possibilidades de resposta para cada variável eram não=0 ou sim=1. Agrupando as duas variáveis, as possibilidades para o indicador eram 0 (não+não), 1(não+sim; sim+não) ou 2(sim+sim).

Zero=0 indicava processo de cuidado ruim; Um=1 indicava processo de cuidado regular e dois=2 processo de trabalho bom.

- Para análise do indicador de foco das ações dos profissionais, composto pelas variáveis PP 1.1. (escuta ampliada e capacidade de intervenção sobre os problemas identificados) e PP 1.2 (promoção da saúde e prevenção de agravos):

Para a variável PP1.1 foram feitas duas perguntas aos profissionais: você identifica outros problemas além daquele que o usuários apresenta? Em caso positivo, consegue intervir sobre esses problemas? Considerando apenas os que responderam sim à primeira questão, as possibilidades de resposta para a segunda pergunta eram: nunca=0; poucas vezes=1; muitas vezes=2 e sempre=3.

Todos os profissionais que responderam nunca=0 ou poucas vezes=1 foram agrupados na mesma categoria (intervenção pouco freqüente sobre outros problemas de saúde identificados); os profissionais que responderam muitas vezes=2 ou sempre=3 entraram em outra categoria (intervenção freqüente sobre outros problemas de saúde identificados).

Para a variável PP 1.2 as possibilidades de resposta eram nunca=0, poucas vezes=1, muitas vezes=2 ou sempre=3. Os profissionais que responderam nunca ou poucas vezes, entraram na mesma categoria (atuação pouco freqüente sobre os determinantes da saúde), os que responderam muitas vezes ou sempre entraram em outra categoria (atuação freqüente sobre os determinantes da saúde).

O passo seguinte foi o agrupamento das duas variáveis para composição do indicador. Foram levadas em consideração apenas as categorias favoráveis “intervenção freqüente sobre outros problemas de saúde identificados” e “atuação freqüente sobre os determinantes da saúde”. Ou seja, a freqüência com que estes eventos positivos ocorrem na rede.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo é parte de um projeto maior, denominado Avaliação das Práticas de Saúde na Atenção Básica à Criança com foco na Integralidade (MELO; COSTA; SANTOS e LA TORRE, 2007), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia e coordenado pela orientadora do projeto.

Foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do estado da Bahia, sob parecer nº 130/2007.

Todos os entrevistados consentiram formalmente em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) em duas vias, das quais uma ficou com o entrevistado e outra com a equipe de coleta e armazenado junto aos questionários.

Não houve riscos ou benefício financeiro para os entrevistados e a confidencialidade foi mantida agregando os resultados por distrito sanitário e não por unidade de saúde. Além disso, os entrevistados podiam se recusar a participar da pesquisa em qualquer momento.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram analisados em três etapas. Na primeira, o contexto municipal foi analisado com base nos dados secundários encontrados em notícias veiculadas por mídia impressa e por meio eletrônico além de documentos oficiais do município referentes ao tema.

A segunda etapa consiste na análise estatística das respostas fornecidas pelos entrevistados nas três dimensões: políticas específicas, organização dos serviços e das práticas e as práticas profissionais, que são inicialmente analisadas separadamente e em seguida agregadas.

A terceira etapa constituiu na atribuição de valores para os resultados apresentados pelos Distritos Sanitários. Estabeleceu-se uma meta para cada indicador e uma meta total, correspondendo à Integralidade a fim de verificar a proximidade da rede com este princípio.

6.1 CONTEXTO MUNICIPAL

No que se refere aos indicadores de Integralidade, nas três dimensões adotadas, o resultado geral foi desfavorável, principalmente nas dimensões das políticas específicas para a Atenção Básica e da organização dos serviços e das práticas. A avaliação feita separadamente tendo como base expressões livres dos usuários também apontou para a organização como o ponto crítico da rede de serviços da Atenção Básica. Os resultados devem ser analisados à luz do contexto de saúde do município.

Salvador passou para a modalidade Gestão Plena da Atenção Básica em 2002, no governo do então prefeito Antônio Imbassahy (1997-2004). No mesmo ano, a gestão de pessoas selecionadas para o Programa Saúde da Família e unidades básicas de saúde foi terceirizada. Neste período chegou a haver destituição de conselheiros da saúde, com substituição por pessoas favoráveis à decisão pela terceirização.

Em janeiro de 2006, após a assinatura do Pacto da Saúde, que estabeleceu a forma de gestão plena da saúde para todos os municípios, a situação ainda não havia mudado. Neste período, já no segundo ano de governo do prefeito João Henrique, os trabalhadores do PSF, ainda sob gestão terceirizada, realizaram paralisações devido a atrasos nos pagamentos dos salários. Iniciou-se um movimento contra a terceirização dos serviços de saúde através do Sindicato dos Médicos. Em 2007, os movimentos de greve continuaram devido ao atraso no pagamento dos salários (SANTANA, 2008). Entre julho de 2008 e janeiro de 2009 foram realizadas seleções para contrato emergencial de profissionais de saúde. Entretanto, dos cento e dez médicos inscritos na primeira seleção, segundo informações da Diretoria da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde, menos de um terço se apresentou para o trabalho. Na segunda seleção foram aprovados 155 profissionais, entre médicos clínicos, ginecologistas e pediatras, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e assistentes administrativos (SALVADOR, 2010).

Apesar da deliberação pelo fim dos contratos terceirizados na VIII Conferência Municipal de Saúde, realizada em maio de 2006 até metade de 2010 os contratos continuam sendo provisórios (Regime Emergencial de Direito Administrativo e Termo de Ajuste de Conduta), o que gera insatisfação e insegurança nos profissionais que estão atuando na rede.

Vários têm sido os impeditivos à consolidação da Estratégia Saúde da Família no município de Salvador. A gestão de pessoas, no entanto, vem sendo ao longo do tempo, um dos impeditivos que merece destaque, devido à desvalorização do profissional e ao não investimento neste setor. Outro obstáculo, comum em grandes centros urbanos, é a baixa cobertura pelo PSF, além de infra-estrutura precária.

No que se refere à infra-estrutura, observa-se unidades em condições precárias de funcionamento, com diversas falhas estruturais que dificultam a realização das atividades. Em

2009 foi divulgado pela mídia o desentendimento entre governos estadual e municipal na entrega de novas unidades de saúde da família. Representantes do governo estadual afirmavam que a etapa que lhe competia, que era a entrega da estrutura física das unidades, estava concluída, e faltava o município garantir os instrumentos e recursos necessários para abertura das unidades. Por outro lado, representantes do município afirmaram ter encontrado as obras com falhas na construção o que inviabilizaria o funcionamento pleno destas unidades (BAHIA, 2009)

Em 2009 e 2010 diversas notícias veiculadas pela mídia mostram insatisfação dos usuários principalmente com o a dificuldade para conseguir atendimento no sistema público de saúde. Outro aspecto relevante é que as ações de prevenção têm sido insatisfatórias. A insuficiência da cobertura da rede municipal não conseguiu conter os surtos de meningite e dengue na cidade. Em 2009, o número de mortes por meningite C em Salvador aumentou em 50% (BAHIA, 2009).

Outra característica municipal é o aumento dos índices de violência urbana, que segundo informações colhidas durante o trabalho de campo, chegou às unidades de saúde, com freqüentes ameaças aos profissionais, ordem de fechamento das unidades de saúde, seqüestro de um profissional odontólogo, tiroteio dentro de uma unidade resultando em uma trabalhadora baleada, causando medo e evasão de trabalhadores principalmente de profissionais médicos.

Em abril de 2009 foi divulgada reportagem onde o secretário da saúde afirma que, das 148 equipes do programa, quarenta estavam sem médicos e atribuiu isso à violência. O secretário chegou a afirmar “Claro que sim, eles me disseram isso... há ainda unidades de saúde da família que fecham mais cedo e profissionais que pedem transferência de unidade” (OUTERELO, AMORIM, 2009).

Entretanto, diante deste contexto diverso, não se pode atribuir a deficiência da rede apenas à carência deste profissional, bem como não se pode atribuir o déficit de médicos na rede apenas à violência urbana. É necessário investir em políticas de valorização profissional, em infra-estrutura e voltar o PSF para seus objetivos iniciais, focados nos princípios do SUS.

6.2 PERDAS NA POPULAÇÃO AMOSTRADA

A amostra de informantes foi composta por dezoito gerentes, 108 profissionais e 640 usuários. Durante a coleta cinco gerentes foram excluídos (férias, exoneração) e um gerente se recusou a participar da pesquisa. Dos 126 profissionais previstos, além dos dezoito excluídos com a exclusão das três unidades, outros dezessete não participaram da pesquisa (estavam de férias, licença, eram recém-contratados ou não havia profissional da referida categoria na USF), restando então noventa e um profissionais.

A amostra calculada para os usuários foi de 732 indivíduos. Contudo, 146 se recusaram a participar da pesquisa, houve 92 perdas decorrentes das unidades excluídas perfazendo um total 494 usuários. Diante disto, foi calculada a taxa de resposta para usuários, gestores e profissionais no quadro abaixo. Para o cálculo da taxa de resposta, eliminamos as perdas da amostra estimada.

Quadro 6. Distribuição da amostra de usuários, profissionais e gestores.

População	Amostra estimada	Total perdas	Total recusas	Amostra Final	Taxa de resposta* (%)
Usuários	732	92	146	494	77,2
Profissionais	126	35	...	91	100,0
Gestores	21	7	1	13	92,8

Nota: Taxa de resposta= (Amostra final/Amostra estimada - perdas) * 100

6.3 PERFIL DOS USUÁRIOS

Na tabela 1 caracteriza-se o perfil sócio-demográfico dos usuários que utilizam a rede de unidades de saúde da família. Os dados foram coletados em dias e turnos diferentes visando garantir aleatoriedade da amostra. Mesmo assim, observa-se a predominância da população feminina na busca por serviços de saúde nas unidades de saúde da família, visto que 91,5% dos entrevistados eram mulheres.

Com relação à faixa etária, a maior proporção dos respondentes é de adultos jovens e está entre vinte e trinta e quatro anos (51,4%), seguida dos que tem entre 35-49 anos (25,1%). No que diz respeito ao estado civil, a maior proporção dos entrevistados são casados ou vivem em união estável (58,7%) e 32,79% deles são solteiros. Quanto ao quesito raça/cor, a predominância é de afro-descendentes (40,6% são pretos e 36,3% se declararam pardos), totalizando 76,88%, enquanto os que se definem brancos totalizam 8,1%. Observa-se nesse item que alguns entrevistados (10,9%) não se identificaram em nenhuma das categorias, acrescentando as definições morena (clara ou escura), mulata ou “sarará”.

Quanto à escolaridade, observou-se que 38,1% dos entrevistados não têm o ensino fundamental completo e 2,8% deles sequer freqüentaram a escola; 33,6% haviam concluído o ensino médio e 2,0% estavam cursando ou haviam cursado o nível superior.

Tabela 1-Perfil sócio-demográfico dos usuários entrevistados na Rede de Unidades de Saúde da Família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Variável	n (n=494)	(%)
Sexo		
Masculino	42	8,5
Feminino	452	91,5
Faixa etária		
< 20 anos	24	4,9
20 - 34 anos	254	51,4
35 - 49 anos	124	25,1
50 anos ou mais	92	18,6
Estado civil		
Casado/a	290	58,7
Solteiro/a	162	32,8
Divorciado/separado/viúvo(a)	42	8,5
Cor		
Preta	200	40,6
Branco	40	8,1
Parda	179	36,3
Amarela	14	2,8
Indígena	6	1,2
Outra	54	10,9
Escolaridade		
Fundamental incompleto	188	38,1
Fundamental completo	30	6,1
Médio incompleto	86	17,4
Médio completo	166	33,6
Superior incompleto/completo	10	2,0
Não freqüentou a escola	14	2,8
Renda pessoal		
Inferior a 1 Salário Mínimo (SM)	167	33,8
Entre 1 a 2 SM	145	29,4
3 SM ou superior	20	4,0
Sem renda/Não respondeu	162	32,8

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

A renda de 66,6% dos entrevistados é baixa, sendo que destes uma grande parte (32,8%) não tem nenhuma renda ou não quis informar, e 33,8% têm como renda própria mensal até um salário mínimo. É importante registrar que entre os que afirmaram ter renda própria inferior a um salário mínimo, muitos declararam que a única renda que possuíam é proveniente do Bolsa Família, (correspondendo, em média, a setenta e um reais). Dos entrevistados, 29,4% recebem entre um e dois salários mínimos.

Quanto à situação ocupacional, conforme mostra a tabela 2, no momento da entrevista a maioria (73,3%) dos entrevistados estava desempregada/desocupada, enquanto 26,7% afirmaram ter um trabalho/ocupação.

Tabela 2-Caracterização da situação ocupacional dos usuários da rede de Unidades de Saúde da Família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Variável	n (n=494)	(%)
Situação ocupacional no momento da entrevista		
Empregado	132	26,7
Desempregado	362	73,3
Grupo ocupacional		
Dona de casa	65	13,2
Estudante	7	1,4
Aposentado/Pensionista	27	5,5
Comunicadores/Artistas/Religiosos	5	1,1
Profissionais de Ensino/Técnicos (nível médio)	12	2,4
Técnicos (nível médio) Administrativos/Escriturários	15	3,4
Atendimento ao Público/Setor de Serviços	239	48,4
Vendedores, prestadores de serviços do comércio	37	7,5
Pescadores,caçadores,extrativistas, trab. ind.extrativa e const. civil	8	1,6
Trabalho em funções transversais e fabricação de alimentos/bebidas	18	3,6
Trabalho em reparação e manutenção mecânica	3	0,6
Sem informação/Não identificado	58	11,7

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Quando questionados quanto à sua profissão ou principal ocupação, 48,4% dos entrevistados afirmaram trabalhar no setor de serviços ou atendimento ao público, 13,2%

eram donas de casa, 7,5% eram vendedores/prestadores de serviço do comércio, 5,5% eram aposentados/pensionistas.

Na tabela 3 estão caracterizados o acesso e uso dos serviços de saúde no que se refere ao tempo e a principal motivação para utilização dos serviços da rede de Unidades de Saúde da Família.

Tabela 3-Caracterização do acesso e uso dos serviços com relação ao tempo que utiliza e a principal motivação para utilização dos serviços da rede de Unidades de Saúde da Família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Variável	n (n=494)	(%)
Tempo que reside no Bairro	493	100,0
Sempre morou	116	23,5
< 1 ano	20	4,1
1 a 5 anos	68	13,8
6 a 10 anos	55	11,2
10 anos e mais	234	47,5
Há quanto tempo utiliza os serviços	490	100,0
< 1 ano	109	22,2
1 a 5 anos	224	45,7
6 a 10 anos	95	19,4
10 anos e mais	62	12,7
Principal motivação para utilização dos serviços	480	100,0
Mora perto	261	54,4
Gosta do serviço	56	11,7
Gosta do profissional	11	2,3
Só tem esse	37	7,7
Sou Cadastrado	17	3,5
Gosta do serviço/ gosta do profissional	10	2,1
Gosta do profissional/Cadastrado	2	0,4
Mora perto e uma das outras opções	69	13,9
Não respondeu	31	6,3

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Observa-se que 71,0% dos entrevistados moram no bairro há mais de 10 anos, sendo que destes 47,5% moram lá desde que nasceram. No que se refere ao tempo que utilizam a USF, 45,7% utilizam há no mínimo um e, no máximo, cinco anos. Alguns entrevistados (12,7%) utilizam a USF há mais de dez anos, ou seja, freqüentam a unidade mesmo antes desta incorporar o modelo saúde da família.

Mais da metade (54,3%) dos entrevistados utiliza a unidade de saúde da família, porque é o serviço de saúde disponível mais próximo da casa. Para 9,4% a unidade de saúde da família é a única opção de acesso a um serviço de saúde e 6,0% afirmam que utilizam aquele serviço porque são cadastrados.

Alguns (2,9%) ressaltaram o vínculo com algum profissional (enfermeiras, médicos e odontólogo/técnica de enfermagem da sala de vacina foram citados nesta ordem) como o principal motivo para utilização da USF. Ainda quando questionados quanto ao motivo de utilização da unidade de saúde apenas 16,5% incluíram na sua resposta as opções gosto do serviço e/ou gosto do profissional.

6.4 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

Foram entrevistados profissionais das diversas categorias em todos os distritos sanitários. Entretanto, a meta estabelecida para o número de entrevistas só foi alcançada no Distrito Sanitário Cabula-Beiru (Tabela 4).

Observa-se uma distribuição proporcional de entrevistados por categoria, com menos entrevistas realizadas com profissionais médicos. Isso se deve à falta deste profissional em algumas unidades e/ou a presença de profissionais recém-contratados, que não se enquadravam nos critérios de inclusão definidos para esta pesquisa. Foram agrupados na

mesma categoria os técnicos em higiene bucal (THB), com os auxiliares de saúde bucal (ASB), assim como os auxiliares com os técnicos de enfermagem, por desempenharem funções semelhantes.

Tabela 4-Distribuição dos profissionais da rede de unidades de saúde da família segundo distrito sanitário, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Distrito Sanitário	n (n=91)	(%)
Subúrbio Ferroviário	10	11,0
Cajazeiras	11	12,1
Brotas	11	12,1
Cabula-Beiru	12	13,2
Itapuã	11	12,1
Barra-Rio Vermelho	10	10,2
Boca do Rio	2	2,2
Itapagipe	9	9,9
Pau da Lima	5	5,5
Centro Histórico	4	4,4
São Caetano-Valéria	6	5,6

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

A maioria dos profissionais é do sexo feminino (89%), na faixa etária entre 35-44 anos (40,7%), seguido dos que têm entre 20 e 34 anos (36,3%). Quanto ao estado civil, 54,9% se declararam casados ou em união estável, seguido dos solteiros (39,6%). Em relação à cor, 77,0% dos entrevistados se declararam pretos ou pardos, 16,5% brancos e 2,2% indígenas.

A escolaridade de 36,3% dos profissionais entrevistados é ensino médio completo, com 11,0% cursando o nível superior, 50,5% dos entrevistados têm o ensino superior completo (14,3 % ainda não terminaram a pós-graduação e 36,3% têm pós-graduação). Dos trinta e três profissionais que afirmaram ter feito pós-graduação, vinte fizeram em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou PSF, sete em gestão/auditoria, cinco especializaram-se em Saúde do Trabalhador, e um profissional tinha mestrado em Saúde Coletiva (Tabela 5).

Tabela 5 - Perfil sócio-demográfico dos profissionais da Rede de Unidades de Saúde da Família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Variável	n (n=91)	(%)
Sexo		
Masculino	10	11,0
Feminino	81	89,0
Grupo etário		
< 20 anos	2	2,2
20 - 34 anos	33	36,3
35 - 44 anos	37	40,7
45 anos ou mais	19	20,9
Estado civil		
Casado/a Unido	50	54,9
Solteiro/a	36	39,6
Divorciado/separado/viúvo(a)	5	5,5
Cor		
Preta	33	36,3
Branco	15	16,5
Parda	37	40,7
Amarela	1	1,1
Indígena	2	2,2
Outra	2	2,2
Escolaridade		
Fundamental completo	1	1,1
Médio incompleto	1	1,1
Médio completo	33	36,3
Superior incompleto	10	11
Superior completo sem pós-graduação	13	14,3
Superior completo com pós-graduação	33	36,2

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Quanto ao tempo de serviço na unidade de saúde da família, 51,6% dos entrevistados têm menos de quatro anos (48 meses) no serviço, enquanto 48,34% trabalham na unidade há mais de quatro anos; 10,9% deles estão na unidade de saúde da família há menos de um ano.

Tabela 6-Caracterização funcional dos profissionais entrevistados na rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Variável	n (n=91)	(%)
Categoria Profissional		
Enfermeira	17	18,7
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	17	18,7
Médico	13	14,2
Odontólogo	14	15,3
ACD/THD	14	15,3
ACS	16	17,6
Tempo de serviço (em meses)		
até 12 meses	10	10,9
13 - 24 meses	16	17,6
25 - 48 meses	21	23,1
49 meses e mais	44	48,3

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

6.5 PERFIL DOS GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Foram entrevistados treze gestores em nove distritos sanitários, nove do sexo feminino e quatro do sexo masculino. A maioria (61,2%) era casada ou convivia em união estável. Em relação à raça/cor a maioria (69,2%) se declarou preta ou parda. Em relação à faixa etária, três tinham menos de trinta anos, quatro tinham entre 35-40 anos e seis tinham mais de 46 anos.

Três gerentes tinham pós-graduação em saúde da família e um em unidade de terapia intensiva. Dos treze gerentes, nove tinham nível superior completo, dos quais três eram enfermeiras, um administrador de empresas, um administrador hospitalar, uma farmacêutica bioquímica, um fisioterapeuta. Dentre os profissionais com nível de escolaridade até o ensino médio completo, havia um auxiliar administrativo, um técnico em contabilidade, um

identificou sua profissão como servidor público e outro como gestor, não querendo informar sua formação ou qualificação.

Tabela 7 - Perfil sócio-demográfico dos gestores da Rede de Unidades de Saúde da Família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Variável	n (n=13)	(%)
Faixa etária		
< 30 anos	3	23,1
30-40 anos	4	30,8
> 41 anos e mais	6	46,1
Sexo		
Masculino	4	30,8
Feminino	9	69,2
Estado civil		
Casado/unido	8	61,5
Solteiro	3	23,1
Divorciado/separado	2	15,4
Cor		
Preta	4	30,8
Branca	4	30,7
Parda	5	38,5
Escolaridade		
Médio completo	1	7,7
Superior incompleto	3	23,1
Superior completo	8	61,5
Pós-graduação	1	7,7

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

A maioria (oito) dos gestores entrevistados tinha menos de um ano na unidade de saúde, destes, três tinham menos de um mês. Três tinham entre um e três anos no serviço e dois tinham mais de três anos trabalhando na mesma unidade. Cinco dos entrevistados possuíam experiência como gerente de unidade básica de saúde, pois já haviam ocupado este cargo anteriormente.

Tabela 8-Experiência profissional dos gestores de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Variável	n (n=13)	(%)
Tempo de serviço na unidade		
Menos de 1 mês	3	23,1
< 1 ano	5	38,5
1-3 anos	3	23,1
3 anos	2	15,4
Trabalhou anteriormente nesta função		
Sim	5	38,5
Não	8	61,5
Quanto tempo		
Nunca	8	61,5
1 mês	1	7,7
4 meses	1	7,7
15 meses	1	7,7
24 meses	2	15,4

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

6.6 AVALIAÇÃO COM FOCO NAS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE

Neste trabalho, a rede foi avaliada em três dimensões da integralidade: a primeira se constitui na avaliação das Políticas Específicas da Atenção Básica, a segunda é a avaliação da Organização dos Serviços e das Práticas e a terceira é a avaliação das Práticas Profissionais. Posteriormente, a partir dos resultados encontrados foi feita uma avaliação global por distrito sanitário.

6.6.1 Dimensão 1: políticas específicas da Atenção Básica (PE)

Entende-se por políticas específicas da atenção básica que expressam Integralidade, aquelas que promovam a atenção ao indivíduo/comunidade em qualquer fase do ciclo vital, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Para esta dimensão foram escolhidos dois indicadores: o primeiro é o percentual de cumprimento de metas pactuadas no Pacto pela Saúde; o segundo indicador é o processo participativo na tomada de decisão que contempla as variáveis: existências de projetos de saúde voltados para a atenção individual e/ou coletiva da população adscrita e a existência de conselho local de saúde.

6.6.1.1 Percentual de cumprimento de metas pactuadas pelo município

A referência para análise deste indicador foi o Pacto pela Saúde. O Pacto é um acordo entre as três instâncias (federal, estadual e municipal) para reordenamento da Atenção Básica. Nele estão incluídos: a Política Nacional da Atenção Básica, com a portaria que regulamenta as diretrizes e normas do PACS/PSF (portaria 648/GM de 28/03/06), e mais cinco portarias ministeriais sobre o financiamento da Atenção Básica.

Nesta pesquisa foram analisadas as metas pactuadas em 2008 pelo município referentes ao Pacto pela Vida registradas em 2008 no Relatório da Atenção Básica para Manutenção do Incentivo Financeiro, são elas:

- média anual de 1,03 consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas;
- média mensal de 0,3 visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde;
- 30% de cobertura da estratégia saúde da família;
- 19,36% de portadores de *Diabetes Mellitus* cadastrados;
- 17,1% portadores de Hipertensão Arterial cadastrados.

A análise do relatório demonstrou que dentre as cinco metas pactuadas, apenas uma foi alcançada (média de visitas domiciliares realizadas pelo ACS). Chamou atenção que o indicador de cobertura de PSF (meta: 30% - alcançado: 10,17%) e a média de consultas médicas por habitantes (meta: 1,03 - alcançado: 0,4) não chegaram à metade do valor pactuado.

Quadro 7 - Metas pactuadas pelo município e resultados obtidos, exercício 2008.

PACTO	INDICADOR OU COMPROMISSO	META	AÇÃO DESENVOLVIDA	RESULTADO ALCANÇADO	ANÁLISE
Pacto pela Vida/Pacto de Gestão	Média anual de consultas médicas por habitantes nas Especialidades Básicas	1, 03	Seleção pública emergencial	0,4	A seleção/contratação emergencial de profissionais para atenção básica não supriu o déficit existente, interferindo diretamente na média anual de consultas médicas.
	Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde.	0,3	Acompanhamento e capacitação dos ACS por parte dos enfermeiros; Conscientização desses profissionais quanto a importância da visita domiciliar;	1,05	O resultado alcançado ultrapassa a meta pactuada demonstrando que, apesar do número insuficiente de ACS em determinadas áreas, os mesmos vêm realizando continuamente as visitas domiciliares;
	Cobertura da estratégia de Saúde da Família	30%	Revisão do mapeamento nos territórios com equipes de SF já atuando. Revisão para atualização do SIAB; Construção do Projeto para realização de concurso público;	10,17	O déficit de profissionais não permite o cadastramento das equipes de Saúde da Família implantadas. Esta situação interfere sobre os dados apresentados pelo sistema oficial, reduzindo a cobertura e percentual da meta pactuada. A situação tem como expectativa de solução a realização do Concurso Público.

	Proporção de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados.	19,36%	Investigação em usuários com fatores de risco para diagnóstico dos casos; Busca ativa de casos através de visitas domiciliares; Ações educativas; Alimentação e análise dos sistemas de informação; Acompanhamento ambulatorial e domiciliar;	11,6	Considerando a estimativa de 7,6% da população acima de 30 anos como portadora de Diabetes Mellitus, verificamos que a proporção de diabéticos cadastrados de 11,6% esta aquém da meta pactuada para o referido ano. Essa situação assinala necessidade de implementação de ações que diagnostiquem precocemente a população portadora de Diabetes Mellitus para evitar possíveis complicações advindas desse agravo.
	Proporção de portadores de Hipertensão Arterial cadastrados.	17,1%	Cadastramento de portadores de hipertensão; Busca ativa de casos através de visitas domiciliares; Acompanhamento ambulatorial e domiciliar; Ações educativas; Alimentação e análise dos sistemas de informação;	14,5	Estima-se que 22% da população acima de 30 anos sejam portadoras de Hipertensão Arterial. Nessa situação temos 14,5% de portadores de Hipertensão cadastrados pelas estratégias. Isso demonstra a necessidade de intensificar as ações planejadas para diagnóstico precoce, além de implementar busca ativa através de visitas domiciliares, evitando que os portadores de Hipertensão cadastrados não abandonem o tratamento.

Fonte: Relatório anual da Atenção Básica para manutenção do incentivo financeiro estadual, Salvador, 2008.

6.6.1.2 *Processo participativo na tomada de decisão*

Neste trabalho, o indicador processo participativo na tomada de decisão inclui a formação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e a elaboração pela equipe de saúde de um projeto para enfrentamento de um ou mais problemas de saúde da comunidade. Foram analisadas as respostas dadas pelos gestores e pelos profissionais de saúde e o tratamento dos dados foi feito separadamente por informante. Apenas as informações dadas pelos profissionais foram analisadas estatisticamente.

Os gestores foram questionados quanto à existência de Conselho Local de Saúde (CLS). Esta pesquisa considerou a existência de conselho local de saúde como uma variável que minimamente reflete a participação da comunidade nas ações de saúde. Os resultados demonstraram que não há conselho local na área de abrangência de oito das unidades entrevistadas. As cinco unidades que tem o CLS estão localizadas concentradas em três distritos sanitários (Brotas, Cajazeiras e Barra/Rio Vermelho). Entretanto, segundo informações dadas pelos gestores, nenhum deles tem funcionamento pleno e regular.

Ainda no que se refere ao indicador sobre o processo participativo, os gestores e profissionais foram questionados quanto à existência de algum projeto ou ação elaborados pela equipe levando em consideração os problemas de saúde mais comuns da população da área de abrangência do PSF (tabela 9). A maioria dos profissionais (61,5%) negou iniciativas de qualquer natureza nesse aspecto, 38,5% afirmaram que há alguma atividade/projeto em andamento, entretanto, quando questionados quanto à natureza de tais projetos, muitos profissionais informaram palestras e grupos específicos (de hipertensos, gestantes, prevenção de cáries) que já fazem parte do elenco mínimo na atenção à saúde da família. Quanto aos gestores, 53,9% deles afirmam que existe algum projeto desenvolvido pela equipe especificamente para a população adscrita.

Tabela 9 - Existência de um projeto/atividade específica para os problemas de saúde mais frequentes na área de abrangência da Rede de Unidades de saúde da família, segundo gestores e profissionais, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Existência de um projeto/atividade		n (%)
Gestores (n = 13)		
Sim		7 (53,9)
Não		6 (46,1)
Profissionais (n = 91)		
Sim		35 (38,5)
Não		56 (61,5)

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Há, porém uma iniciativa incipiente de algumas equipes com foco na promoção da saúde. Dentre os profissionais que afirmaram realizar um projeto/atividade, alguns citaram a abordagem de raça e gênero (DS Subúrbio Ferroviário e Barra/Rio Vermelho); Abordagem do estigma da tuberculose (DS Centro Histórico); Atividades de preservação ambiental para pescadores; e horta medicinal e prática de Qi Gong (exercício terapêutico chinês).

O Quadro 9 representa a avaliação dos distritos sanitários na dimensão das políticas específicas (PE) da Atenção Básica. Para operacionalização da avaliação foram atribuídas pontuações da seguinte forma: obteve zero (0) o distrito onde não há conselho local de saúde e obteve cinco (5) o distrito onde pelo menos uma das unidades de saúde da família contempladas na pesquisa tem conselho de saúde.

Para o segundo indicador, relacionado aos projetos, os distritos nos quais mais de 70% dos profissionais entrevistados afirmaram existência de um projeto específico para a comunidade obtiveram pontuação cinco (5), os distritos onde menos de 70% dos profissionais o afirmaram não pontuaram.

Observa-se aí, um resultado insatisfatório na dimensão das políticas específicas para a Atenção Básica. Considerando a participação da comunidade e a elaboração de projetos específicos como requisitos mínimos para o alcance da Integralidade, observa-se o quanto a rede ainda está distante da Integralidade.

Quadro 9- Avaliação da rede de unidades de saúde da família na dimensão das Políticas Específicas da Atenção Básica.

Distrito Sanitário	Indicador:				
	Processo participativo na tomada de decisão				
	Existe Conselho Local de Saúde		Há um projeto específico para a comunidade*		Pontuação (máximo 10 pontos)
	Sim/Não	Pontuação	n (%)	Pontuação	
Subúrbio Ferroviário	Não	...	3 (30,0)	...	...
Cajazeiras	Sim	5	3 (27,7)	...	5
Brotas	Sim	5	9 (81,8)	5	10
Cabula-Beiru	Não	...	6 (50,0)	...	...
Itapuã	Não	...	...	...	...
Barra-Rio Vermelho	Sim	5	8 (80,0)	5	10
Boca do Rio	Não	...	...	...	...
Itapagipe	Não	...	4 (44,4)	...	...
Pau da Lima	Não	...	...	...	...
Centro Histórico	Não	...	2 (50,0)	...	...
São Caetano-Valéria	Não	...	...	...	...

*pelo quantitativo de respondentes foram consideradas apenas respostas dos profissionais

6.6.2 Dimensão 2: organização dos serviços e das práticas (OSP)

Para avaliação da organização dos serviços e das práticas na rede de unidades de saúde da família foram construídos indicadores referentes ao processo de gestão e à organização de processos de trabalho.

6.6.2.1 Processo de gestão

Para composição do indicador sobre processo de gestão, foram definidas as variáveis utilização contínua de mecanismos de planejamento na organização dos serviços e utilização contínua de monitoramento da produção de serviços. Os informantes sobre as variáveis de processo de gestão foram enfermeiras e gestores.

Considerando o planejamento como uma ferramenta fundamental no exercício da gerência, ainda é baixo (69,2%) o percentual de gestores que afirmam que o planejamento faz parte da sua rotina. Isso significa que em apenas nove das treze USF pesquisadas os gerentes planejam continuamente.

Em relação aos profissionais o resultado foi semelhante. Apenas 66,7% dos profissionais utilizam o planejamento continuamente na sua prática; 33,3% deles não planejam ou só planejam atividades pontuais, como palestras, dias especiais (Dia de combate à Hipertensão, Tuberculose, Dia D de campanha de vacina, por exemplo).

Quanto ao monitoramento da produção de serviços, apenas três gestores afirmaram que é feito semanalmente. Os outros sete gestores afirmaram que fazem monitoramento das ações mensalmente, vinculado ao relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), enviado pela coordenação do Distrito Sanitário. Quanto aos profissionais, 61,9% afirmaram realizar monitoramento da produção de serviços, entretanto, este não é realizado semanalmente por 92,4% destes profissionais.

Tabela 10 Realização de planejamento e monitoramento pelos profissionais da rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Variável	n (%)
Realização de planejamento (n=21)	
Sim	14 (66,7)
Não	7 (33,3)
Realização contínua (n=14)	
Sim	14(100,0)
Não	...
Realização de monitoramento (n=21)	
Sim	13 (61,9)
Não	8 (38,1)
Realização semanal (n=13)	
Sim	1 (7,7)
Não	12 (92,3)

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

6.6.2.2 Organização de processos de trabalho

Este indicador é composto por três variáveis. São elas: existência de iniciativas de Educação Permanente ofertadas pela organização; reorganização do processo de trabalho a partir da avaliação dos serviços; tipo de vínculo empregatício dos trabalhadores de saúde.

Inicialmente cada variável foi analisada separadamente, em seguida, foram agrupadas para composição do indicador. Em seguida, foi atribuída uma pontuação para cada distrito sanitário de acordo com os resultados encontrados.

Em relação às iniciativas de Educação Permanente, as questões foram referentes à participação pelos entrevistados de alguma atividade educativa (curso, treinamento, capacitação, etc.), nos seis meses anteriores, oferecidas pelo serviço e quanto à utilidade desta atividade na sua prática.

Os resultados demonstraram que a maioria (78%) participou de atividades educativas, das quais 94,4% foram oferecidas pelo serviço, outros 5,6% foram iniciativas próprias ou do conselho profissional. Das atividades realizadas, 93% eram coerentes com a prática profissional (tabela 11).

Tabela 11. Participação em atividades de educação permanente pelos profissionais da rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Variável	n (%)
Participação em atividades de EP (n=91)	
Sim	71 (78,0)
Não	20 (21,9)
Oferecidas pelo serviço (n=71)	
Sim	67 (94,4)
Não	4 (5,6)
Foram úteis para a prática (n=71)	
Sim	66 (93,0)
Não	5 (7,0)

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Outro aspecto analisado para construção do indicador foi a ocorrência de alguma mudança no processo de trabalho da equipe nos últimos três meses. Interessou saber se houve mudança no processo de trabalho e se a mesma ocorreu a partir de alguma avaliação feita pela equipe ou por outro motivo. Os resultados demonstram que, segundo a maioria dos profissionais entrevistados (57,2%), houve alguma mudança no processo de trabalho da equipe nos últimos três meses, 58,3% destes afirmaram que as mudanças foram feitas com base em alguma avaliação feita em serviço (tabela 12).

Os outros 41,7%, afirmaram que houve mudanças no processo de trabalho no último trimestre, entretanto não foram decorrentes de avaliação feita pela equipe. Os entrevistadores registraram no questionário a observação de que as mudanças eram decorrentes de limites

como falta de carro para realização de visita domiciliar, redução do número de visitas domiciliares por medo da violência ou ainda outras demandas da Secretaria da Saúde.

Tabela 12. Mudanças no processo de trabalho observadas/realizadas pelos profissionais da rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Variável	n (%)
Houve alguma mudança no processo de trabalho da equipe nos últimos três meses (n=21)	
Sim	12 (57,1)
Não	9 (42,9)
Esta mudança foi realizada com base na avaliação dos serviços feita pela equipe (n=12)	
Sim	7 (58,3)
Não	5 (41,7)

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Na tabela 13 estão descritas as formas de contrato por categoria profissional. Foram excluídos os 181 agentes comunitários de saúde, pois estes têm uma forma de contratação específica e regulamentada pelo Ministério da Saúde.

Tabela 13. Vínculo profissional na rede de unidades de saúde da família segundo gestores, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Categoria	TAC	REDA	Concurso	Total
ASB	10 (100)	...	...	10 (100)
Aux. Tec Enf.	44 (86,2)	6 (11,8)	1 (2,0)	51 (100)
Médico	12 (66,7)	6 (33,3)	...	18 (100)
Odontólogo	7 (77,8)	1 (11,1)	1 (11,1)	9 (100)
Enfermeira	17 (74)	3 (13)	3 (13,0)	23 (100)
Total	90 (30,8)	16 (5,5)	5 (1,7)	111 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Os profissionais estão na maioria sem contrato, vinculados pelo Termo de Ajuste de Conduta ou Regime Emergencial de Direito Administrativo, ambos regimes emergenciais de contratação, sem garantia de direitos trabalhistas. Nas unidades pesquisadas, do total de 111 profissionais existentes, apenas cinco são concursados: um auxiliar de enfermagem, um odontólogo e três enfermeiras.

Todos os indicadores e variáveis referentes à dimensão da organização dos serviços e das práticas foram consolidados e os Distritos Sanitários receberam pontuação de acordo com os resultados encontrados (quadro 10). Para todas as variáveis, exceto a Educação Permanente, o ponto de corte foi 70%, ou seja, distritos sanitários onde menos de 70% dos entrevistados apresentaram respostas positivas não receberam pontuação e distritos onde 70% ou mais de entrevistados responderam afirmativamente receberam 5 pontos.

Para a variável Educação Permanente, o ponto de corte foi 50%, ou seja, os distritos onde menos de 50% dos entrevistados respondeu ter participado de alguma atividade de Educação Permanente nos últimos seis meses não receberam pontuação. A partir daí foi elaborada uma escala de valores obedecendo aos seguintes critérios para pontuação:

- 50-59% de respostas afirmativas: 1 ponto
- 60-69% de respostas afirmativas: 2 pontos;
- 70-79% de respostas afirmativas: 3 pontos;
- 80-89% de respostas afirmativas: 4 pontos;
- 90-100% de respostas afirmativas: 5 pontos.

O resultado geral para a dimensão da organização do serviços e das práticas demonstra uma situação precária para toda a rede de unidades de saúde da família. A pontuação máxima possível era de 25 pontos e o distrito que obteve melhor resultado alcançou 9 pontos (Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário) e os que obtiveram pior resultado foram Cabula-Beiru e Itapagipe.

Analisando separadamente por indicador, observou-se que nenhum distrito sanitário obteve pontuação no indicador processo de gestão, pois o planejamento e monitoramento não são realizados continuamente pela maioria dos profissionais entrevistados. No indicador organização de processos de trabalho os distritos que obtiveram melhor pontuação foram Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras.

Quadro 10. Avaliação da rede de unidades de saúde da família na dimensão da Organização dos Serviços e das Práticas

Distrito Sanitário	Indicador de Processo de gestão			Indicador de organização de processos de trabalho						Avaliação na dimensão (até 25 pontos)		
	Planejam suas atividades continuamente (0 ou 5 pontos*)		Monitoram a produção semanalmente (0 ou 5 pontos*)	Avaliação no indicador (até 10 pontos)	Mudança no processo de trabalho (0 ou 5 pontos*)		Vínculo trabalhista (0 ou 5 pontos**)		Educação Permanente (1 a 5 pontos**)		Avaliação no indicador (até 15 pontos)	
	n (%)	pontos	n (%)		pontos	N (%)	pontos	n(%)	pts			n (%)
Sub.Ferroviário	1(10)	...	1(10)	...	1(100,0)	5	...	...	80,0	4	9	9
Cajazeiras	2(18,1)	...	...	...	1(100,0)	5	...	...	72,7	3	8	8
Brotas	2(18,1)	...	...	...	...	...	...	...	81,8	4	4	4
Cabula-Beiru	2(16,7)	...	...	...	1(50,0)	...	...	...	58,3	1	1	1
Itapuã	2(18,1)	...	...	...	...	...	...	...	63,6	2	2	2
Barra-RV	1(10)	...	...	...	2(100,0)	5	...	...	40,0	...	5	5
Boca do Rio	1(50)	...	...	...	1(100,0)	5	...	...	50,0	1	6	6
Itapagipe	1(11,1)	...	...	...	...	...	...	...	55,6	1	1	1
Pau da Lima	1(20)	...	...	...	...	...	...	...	60,0	2	2	2
Centro Histórico	...	...	...	...	...	...	...	...	100,0	5	5	5
São Caetano Valéria	1(16,7)	...	...	...	...	...	...	...	100,0	5	5	5

*ponto de corte = 70% (<70%=0 pontos; ≥70%=5 pontos); ** ponto de corte = 50% (50-59%=1; 60-69%=2; 70-79%=3; 80-89%=4; 90-100%=5)

Abaixo a representação gráfica deste resultado. Considerando a borda externa como o valor máximo (25 pontos) a ser alcançado para a dimensão da organização dos serviços e das práticas profissionais, pode-se observar o quanto cada distrito se aproxima desta dimensão da Integralidade.

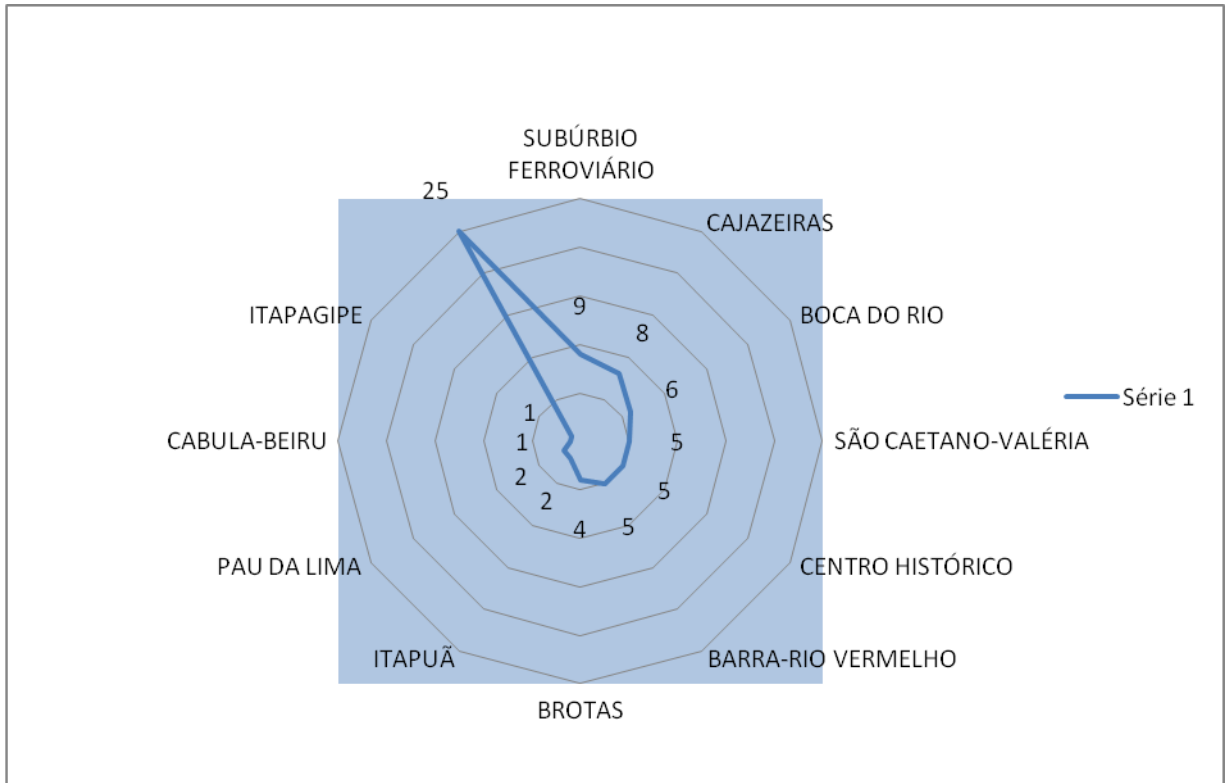


Gráfico 1: Proximidade da rede de unidades de saúde da família com o princípio Integralidade na sua dimensão da organização dos serviços e das práticas

Organizado em ordem crescente, observa-se, partindo do centro do gráfico os Distritos Sanitários Itapagipe e Cabula-Beiru, com os piores resultados e Cajazeiras e Subúrbio Ferroviário os melhores resultados, apesar de ainda estarem muito distantes da Integralidade.

6.6.3 Dimensão 3: práticas profissionais (PP)

A terceira dimensão onde se expressa a Integralidade é referente às práticas profissionais no encontro com o usuário. A integralidade se expressa na capacidade do profissional de captar as demandas expressas ou não pelos usuários, e atuar sobre as prioridades identificadas. (MATTOS, 2001)

Nesta pesquisa, a dimensão das práticas profissionais foi avaliada tomando como base os seguintes indicadores: foco das ações dos profissionais; processo de cuidado; relação profissional-paciente e relação profissional-serviço. Inicialmente cada indicador foi analisado separadamente, em seguida agregados para caracterizar a rede com foco nesta dimensão da Integralidade.

6.6.3.1 Foco das ações

Para construção deste indicador duas variáveis foram analisadas. A primeira é a escuta ampliada e capacidade de intervenção sobre os problemas identificados e a segunda variável é a promoção da saúde e prevenção de agravos.

No caso de Salvador, a maioria dos profissionais (97,8%) afirmou que, durante o encontro como usuário, consegue identificar outros problemas além do que motivou a busca pelo atendimento. A partir desta informação, analisou-se o seguinte:

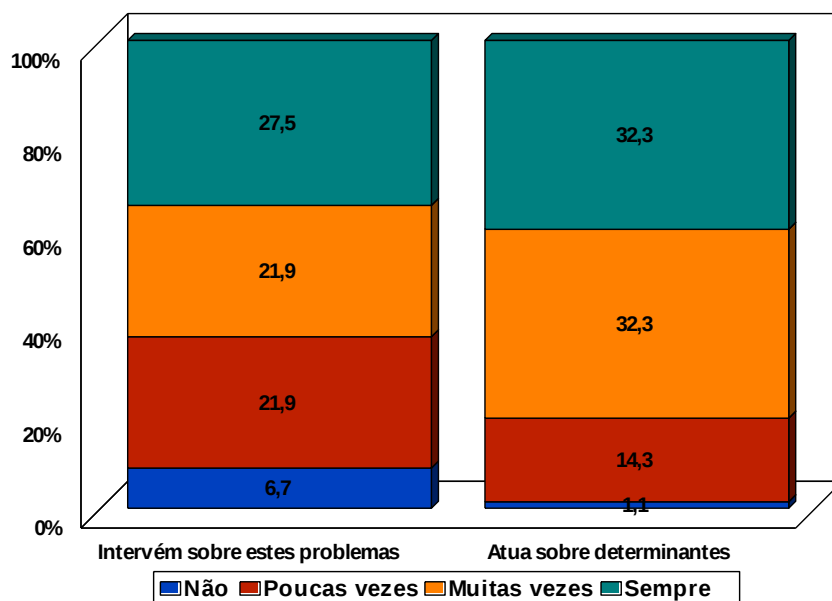


Gráfico 2. Foco das ações dos profissionais da rede de unidades de saúde da família, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Dentre os profissionais que identificam outros problemas, a maior parte afirmou que consegue (27,5% deles), ou muitas vezes consegue (21,9%) intervir sobre estes problemas; 21,9% deles afirmaram que poucas vezes ou nunca conseguem intervir (Gráfico 2).

Quando questionados se sua prática atua sobre os determinantes dos problemas de saúde, 32,3% dos profissionais consideraram que isto acontece sempre, outros 32,3% afirmaram que muitas vezes atuam sobre os determinantes de saúde, 15,4% não atuam ou poucas vezes atuam sobre tais determinantes.

Os entrevistadores registraram nas observações alguns relatos dos profissionais. Os problemas identificados além daqueles que motivaram a busca pelo atendimento foram casos de violência doméstica, uso de drogas, prostituição, triagem de hipertensos no atendimento odontológico, etc.

6.6.3.2 Processo de cuidado

Uma das expressões da integralidade nas práticas profissionais é a forma como se dá o processo de cuidado. Neste sentido, a orientação quanto à continuidade do tratamento é fundamental.

Tabela 14. Opinião dos usuários com relação ao processo de cuidado na rede de Unidades de Saúde da Família segundo sexo, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Indicador	Sexo				valor de p*
	Masculino		Feminino		
	N	(%)	n	(%)	
O profissional orienta sobre como continuar o tratamento?					
Sim	36	85,7	336	74,3	0,133
Não	6	14,3	116	25,7	
Recebe orientações sobre como cuidar da sua saúde?					
Sim	34	81,0	352	78,1	0,845
Não	8	19,1	99	22,0	

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Nota: *obtido através do teste χ^2 Exato de Fischer

O indicador processo de cuidado foi construído a partir das seguintes variáveis: o usuário recebe orientações para continuidade do tratamento e o usuário recebe orientação para

auto-cuidado. Os informantes para este indicador foram os usuários dos serviços das unidades de saúde da família.

Quando questionados se recebem orientação para continuidade do tratamento (sobre quais os locais para pegar medicação, marcação e realização de exames, retorno para nova consulta), a maioria dos entrevistados homens (85,71%) e mulheres (74,34%) afirmaram que recebem sim estas orientações. Não houve diferença estatística significativa entre os sexos ($p>0,05$).

Considerando a importância da educação em saúde como elemento do processo de cuidado, os usuários foram questionados se recebem orientações para o auto-cuidado e também aí a maioria dos homens (80,95%) e mulheres (78,05%) afirmaram receber tais orientações, não havendo diferença estatística significativa entre os sexos ($p>0,05$). A tabela 15 mostra os resultados encontrados para este indicador por Distrito Sanitário.

Tabela 15. Processo de cuidado na rede de unidades de saúde da família por distrito, segundo usuários, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Distrito Sanitário	Indicador de processo de cuidado		
	Ruim n (%)	Regular n (%)	Satisfatório n (%)
Centro Histórico	1(4,4%)	...	22(95,7%)
São Caetano/Valéria	5(12,5%)	6(15%)	29(72,5%)
Cabula/Beiru	1(2%)	8(16,3%)	40(81,6%)
Brotas	1(5,3%)	4(21,1%)	14(73,7%)
Cajazeiras	4(8,3%)	9(18,8%)	35(73,9%)
Itapuã	5(16,5%)	7(21,9%)	20(62,5%)
Itapagipe	5(16,1%)	6(19,4%)	20(64,5%)
Barra/Rio Vermelho	8(21,6%)	7(21,9%)	22(59,5%)
Pau da Lima	4(25%)	3(18,8%)	9(56,3%)
Subúrbio Ferroviário	28(14,7%)	47(24,6%)	116(60,7%)
Boca do Rio	2(28,6%)	3(42,9%)	2(28,6%)

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010. **Nota :** *obtido através do teste χ^2 Exato de Fischer

O indicador foi composto por três categorias: ruim, quando o usuário não recebe nenhuma das modalidades de orientação (auto-cuidado e continuidade da atenção); regular quando afirmou receber uma das formas de orientação) e satisfatório quando recebem orientações para auto-cuidado e para continuidade do acompanhamento. Os distritos que obtiveram melhores resultados foram centro Histórico (95,7%) e Cabula/Beiru (81,6%).

6.6.3.3 *Relação profissional – paciente*

Outro indicador adotado nesta pesquisa é a relação profissional-paciente, representada nas variáveis acesso ao profissional que o atendeu para esclarecer dúvidas e grau de clareza da comunicação profissional-usuário. A pesquisa buscou identificar se os usuários têm acesso ao profissional de saúde que o atendeu para esclarecer suas dúvidas caso necessite. Quando questionados se já tiveram a necessidade de retornar ao serviço para tirar uma dúvida, 33,3% dos homens e 38,5% das mulheres afirmaram que sim. Destes 92,9% dos homens e 71,3% das mulheres tiveram acesso ao profissional e esclareceram suas dúvidas, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Tabela 16. Acesso ao profissional da rede de unidades de saúde da família segundo usuários, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Indicador	Sexo				valor de p*
	Masculino		Feminino		
	n	(%)	n	(%)	
Depois do atendimento, alguma vez precisou retornar para tirar dúvidas?					
Sim	14	33,3	174	38,5	0,619
Não	28	66,7	278	61,5	
Todas as vezes que precisou tirar dúvidas, conseguiu falar com o profissional?					
Sim	13	92,9	124	71,3	0,117
Não	1	7,1	50	28,7	
Quando é atendido (a), entende tudo o que o profissional de saúde lhe explica?					
Sim	30	73,1	339	75,3	0,710
Não	11	26,8	111	24,7	

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Nota : *obtido através do teste χ^2 Exato de Fischer

Estratificado por Distrito Sanitário (tabela 17), observa-se o seguinte: em todos os distritos, o percentual dos usuários que conseguiram ter acesso ao profissional que o atendeu para esclarecer dúvidas foi maior do que os que não conseguiram; destaque para o Distrito Sanitário de Pau da Lima, com maiores índices de acesso (75% dos entrevistados). Em Boca do Rio e Centro Histórico nenhum dos entrevistados que retornou deixou de falar com o profissional.

Tabela 17. Acesso ao profissional na rede de unidades de saúde da família por Distrito Sanitário, segundo usuários, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Distrito Sanitário	Indicador de acesso ao profissional		
	Não precisou tirar dúvidas	Retornou e não conseguiu	Retornou e conseguiu
	n (%)	n (%)	n (%)
Subúrbio Ferroviário	114 (59,4)	22(11,5)	56(29,2)
Cajazeiras	29 (60,4)	6(12,5)	13(27,1)
Brotas	13 (68,4)	1(05,3)	5(26,3)
Cabula-Beiru	40(81,6)	3(06,1)	6(12,2)
Itapuã	18(56,3)	4(12,5)	10(31,3)
Barra-Rio Vermelho	22(59,5)	5(13,5)	10(27,0)
Boca do Rio	6(85,7)	...	1(14,3)
Itapagipe	20(64,5)	3(9,7)	8(25,8)
Pau da Lima	2(12,5)	2(12,5)	12(75)
Centro Histórico	20(87)	...	3(13,0)
São Caetano-Valéria	22(55)	5(12,5)	13(32,5)
Total	306 (61,9)	137 (27,7)	51 (10,3)

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

A tabela 18 apresenta os resultados da variável clareza e acessibilidade da linguagem utilizada pelos profissionais de saúde no diálogo com o usuário sob a ótica do usuário. Observa-se que a maioria (73,1%) dos homens e (75,3%) das mulheres afirma entender tudo o que o profissional de saúde explica, não houve diferença estatística significativa.

Entretanto, este resultado não representa um avanço na comunicação entre usuários e profissionais, pois o percentual dos usuários que não entendem tudo o que o profissional de saúde explica ainda é alto: quase um terço dos homens (26,8%) e quase um quarto das mulheres (24,7%).

Tabela 18. Clareza na comunicação entre usuários e profissionais da rede de unidades de saúde da família, segundo usuários, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Indicador	Sexo				valor de p*
	Masculino		Feminino		
	n (%)		n (%)		
Entende tudo o que o profissional explica?					
Sim	30	73,1	339	75,3	
Não	11	26,8	111	24,7	
					0,710

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Nota: *obtido através do teste χ^2 Exato de Fischer

Quando confrontados os dados apresentados por usuários com a resposta dada por profissionais, observa-se que os resultados foram divergentes. Enquanto a maioria dos usuários disse entender tudo o que o profissional de saúde explica; a maioria (52,2%) dos profissionais acredita não ser compreendido pelos usuários.

A resposta dos profissionais permitia uma variação de respostas em uma escala de quatro possibilidades, incluindo “não, poucas vezes, muitas vezes e sempre” (Gráfico 3). Os que acreditam ser poucas vezes compreendidos ou não serem compreendidos totalizam 63,3%.

Em observações registradas pelos entrevistadores, alguns profissionais atribuem isso à baixa adesão do tratamento ou conduta da forma como foi prescrita por ele para o usuário. Mesmo após explicação dada pelo profissional, os usuários continuam “fazendo errado”.

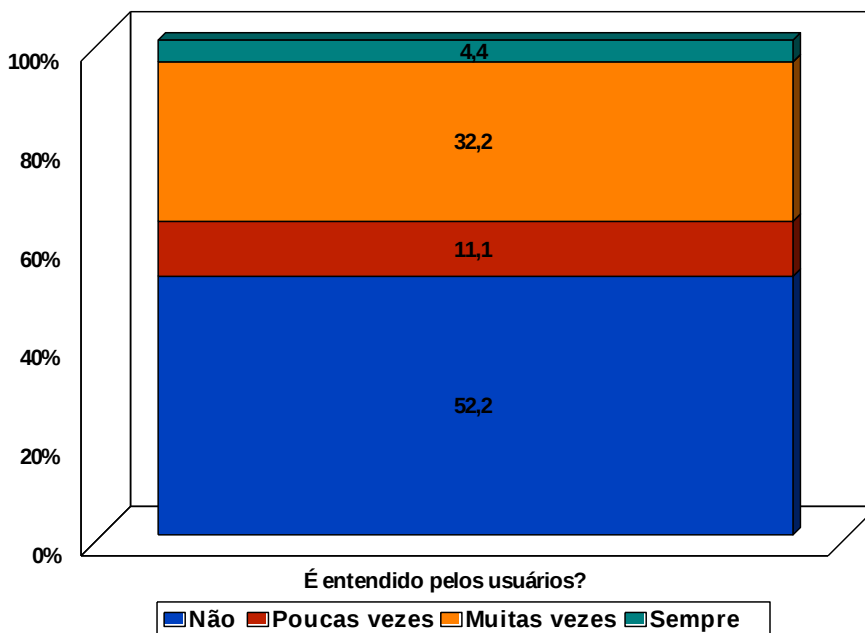


Gráfico 3. Distribuição das respostas dos profissionais quando consultados sobre a clareza na comunicação com os usuários.

Os quadros 11 e 12 apresentam os resultados consolidados da dimensão das práticas profissionais. Para o processo de cuidado, refletido nas orientações dadas aos usuários sobre a continuidade do acompanhamento e o auto-cuidado, Boca do Rio foi o único distrito sanitário que não obteve pontuação. Os melhores resultados encontrados foram no Centro Histórico e Cabula-Beiru que receberam respectivamente 5 e 4 pontos.

O indicador relação profissional-paciente, através das três variáveis que o compõe acesso ao profissional que o atendeu para esclarecer dúvidas, clareza na comunicação segundo profissionais e segundo usuários, apresentou resultados favoráveis nos Distritos Sanitários Centro Histórico, Boca do Rio e Brotas.

O indicador da relação profissional-serviço de saúde foi o que apresentou melhores resultados. Composto pelas variáveis satisfação com o trabalho e identificação com o trabalho. Mais de 60% dos profissionais de saúde estão satisfeitos em todos os distritos entrevistados e estes índices são maiores nos DS Boca do Rio e Brotas. Quanto à

identificação, exceto no DS Subúrbio Ferroviário (80%) e DS Cajazeiras (72,7%), 100% dos profissionais afirmam ter identidade com o trabalho que desempenham no PSF.

Quadro 11. Avaliação da rede de unidades de saúde da família na dimensão das práticas profissionais - Parte I

Distrito Sanitário	Indicador de processo de cuidado		Indicador de relação profissional-paciente							Pontuação Parcial na dimensão das práticas (máx. 20 pontos)
	Recebem orientações	Pontuação no indicador (1 a 5 pontos)*	Acesso ao profissional que o atendeu		Clareza na comunicação segundo usuários		Clareza na comunicação segundo profissionais		Pontuação no indicador (Max. 15 pontos)	
			n (%)	Pontos (1 a 5)*	n (%)	Pontos (1 a 5)*	n (%)	Pontos (1a 5)*		
Sub.Ferroviár	116(60,7)	2	56(71,8)	3	121(63,4)	2	3(30)	...	5	7
Cajazeiras	35(72,9)	3	13(68,4)	2	39(81,3)	4	4(36,4)	...	6	9
Brotas	14(73,7)	3	5(83,3)	4	17(89,5)	4	4(36,4)	...	8	11
Cabula-Beiru	40(81,6)	4	6(66,7)	2	37(75,6)	3	5(41,7)	...	5	9
Itapuã	20(62,5)	2	10(71,4)	3	26(81,3)	4	5(50)	...	7	9
Barra-RV	22(59,5)	1	10(66,7)	2	30(81,1)	4	3(30)	...	2	3
Boca do Rio	2(28,6)	...	1(100,0)	5	5(71,4)	3	2(100,0)	5	8	8
Itapagipe	20(64,5)	2	8(72,7)	3	27(90)	5	3(33,3)	...	7	10
Pau da Lima	9(56,20)	1	12(85,7)	4	11(68,8)	2	1(20)	...	6	7
Centro Histórico	22(95,70)	5	3(100,0)	5	23(100,0)	5	1(25)	...	10	15
São Caetano-Valéria	29(72,5)	3	13(72,2)	3	33(82,5)	4	2(33,3)	...	7	10

*Ponto de corte 50%, a partir daí: 50-59%=1 ponto; 60-69%=2 pontos; 70-79%=3 pontos; 80-89%=4 pontos; 90-100%=5 pontos

Quadro 12. Avaliação da rede de unidades de saúde da família na dimensão das práticas profissionais - parte II

Distrito Sanitário	Indicador da relação profissional-serviço		Indicador de foco das ações		Avaliação da dimensão das práticas (Máximo 35 pontos)
	Satisfação com o trabalho	Identificação com o trabalho	Intervém sobre problemas que identifica e atua sobre determinantes da saúde		
	(%) Pontuação (1 a 5)	(%) Pontuação (1 a 5)	n (%) Pontuação (1 a 5)		
Sub Ferroviário	6(60,0) 2	80,0 4	9 (90,0) 5	18	
Cajazeiras	7(63,6) 2	72,7 3	10 (90,9) 5	19	
Brotas	11(100,0) 5	100,0 5	11 (100,0) 5	26	
Cabula-Beiru	9(75,0) 3	100,0 5	12 (100,0) 5	21	
Itapuã	8(72,7) 3	91,0 5	9 (81,8) 4	21	
Barra-RV	5(60,0) 2	100,0 5	8 (80,0) 4	14	
Boca do Rio	2(100,0) 5	100,0 5	1 (50,0) 1	19	
Itapagipe	8(88,9) 4	100,0 5	9 (100,0) 5	24	
Pau da Lima	5(100,0) 5	100,0 5	4 (80,0) 4	21	
Centro Histórico	3(75,0) 3	100,0 5	3 (75,0) 3	26	
São Caetano-Valéria	5(83,3) 4	100,0 5	5(83,3) 4	23	

Abaixo (gráfico 4) está representada a distância entre os distritos sanitários que compõem a rede de unidades de saúde da família e o princípio da Integralidade na dimensão das práticas profissionais. Considerando a borda externa como o referencial (dimensão das práticas profissionais), cujo valor é 35 pontos, observa-se que os Distritos Sanitários que mais se aproximaram foram Centro Histórico e Brotas e o que ficou mais distante foi Barra/Rio Vermelho.

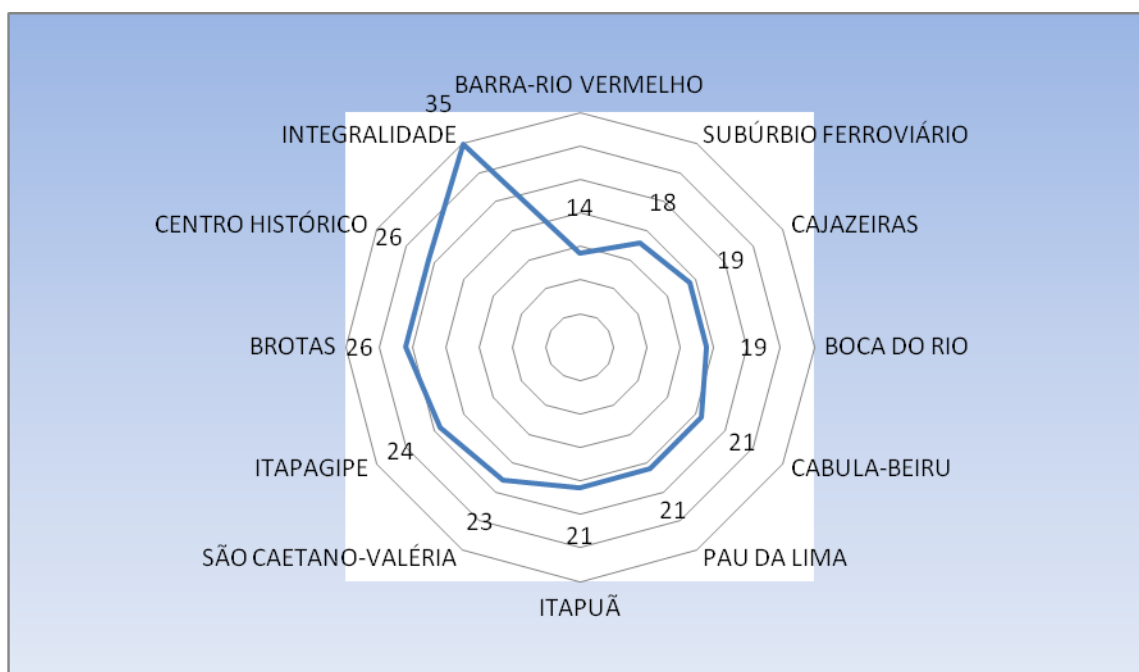


Gráfico 4: Proximidade da rede de unidades de saúde da família com o princípio Integralidade na sua dimensão das práticas profissionais

A dimensão das práticas profissionais foi a que obteve melhor resultado na rede de unidades de saúde da família.

6.7 AVALIAÇÃO GLOBAL DA REDE DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM FOCO NA INTEGRALIDADE

O quadro 13 representa o total de pontos recebidos pelos distritos sanitários nas três dimensões da Integralidade. A pontuação máxima que poderiam obter era de 70 pontos, entretanto o distrito sanitário com melhor pontuação foi o DS Brotas com 40 pontos, seguido por Cajazeiras (32 pontos) e Centro Histórico (31 pontos). Os piores resultados nos quesitos avaliados foram obtidos pelo Distrito Sanitário Cabula/Beiru (22 pontos), seguido do DS Itapuã e DS Pau da Lima (23 pontos).

Quadro 13 Avaliação da rede de unidades de saúde da família com foco no princípio da Integralidade

Distrito Sanitário	DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE			Avaliação (máximo 70 pontos)
	POLÍT. (Max. 10 pontos)	OSP (Max. 25 pontos)	PRÁTICAS PROFISSIONAIS (35 pontos)	
Subúrbio Ferroviário	0	9	18	27
Cajazeiras	5	8	19	32
Brotas	10	4	26	40
Cabula-Beiru	0	1	21	22
Itapuã	0	2	21	23
Barra/Rio Vermelho	10	5	14	29
Boca do Rio	0	6	19	25
Itapagipe	0	1	25	26
Pau da Lima	0	2	21	23
Centro Histórico	0	5	26	31
São Caetano/Valéria	0	5	23	28

O resultado geral, considerando as três dimensões avaliadas aponta para o distanciamento dos distritos do princípio da Integralidade. Os distritos que obtiveram melhor resultado ainda estão muito distantes do que minimamente foi assumido como Integralidade nesta pesquisa.

O gráfico 5 representa o resultado encontrado. A borda externa do gráfico representa a maior pontuação que um distrito sanitário poderia obter correspondente à Integralidade (70 pontos).

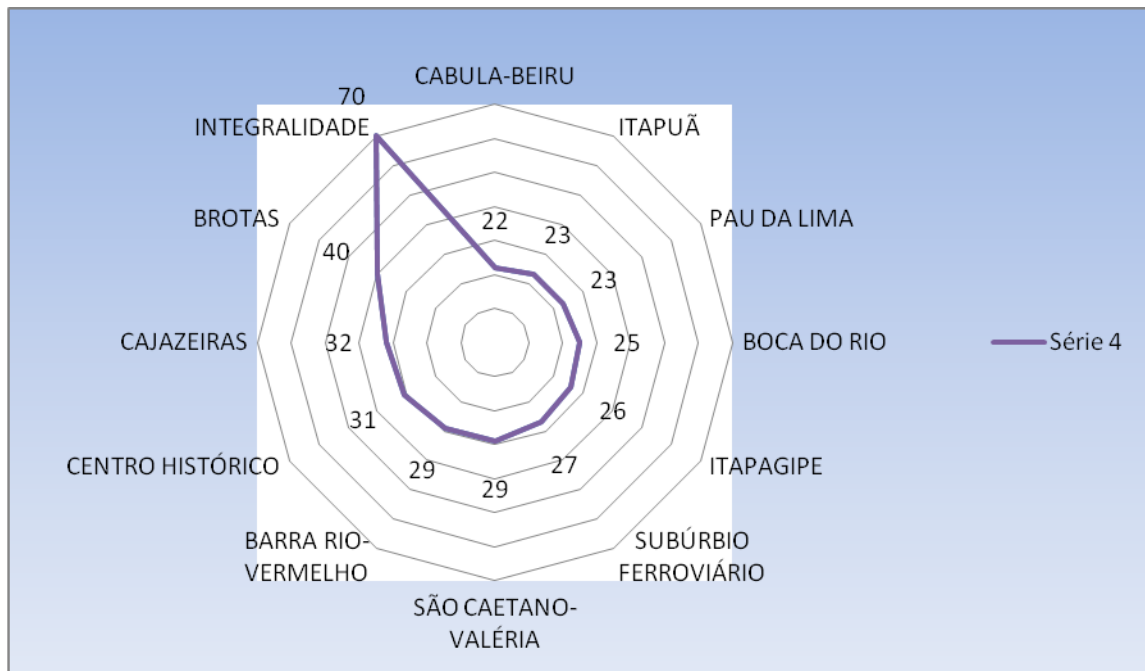


Gráfico 5: Proximidade da rede de unidades de saúde da família com o princípio Integralidade

6.8 ENUNCIACÃO AVALIATIVA SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS PRÁTICAS PELOS USUÁRIOS

Esta avaliação realizada pelos usuários surgiu de uma questão aberta no final do questionário para que, caso quisessem, falassem sobre algo que não foi perguntado. Todas as respostas convergiram para aspectos da Integralidade nas dimensões das práticas profissionais e da organização dos serviços e das práticas. As respostas foram organizadas em três categorias: organização precária dos serviços; má qualidade de atenção e qualidades positivas do serviço.

Na categoria “má qualidade da atenção” foram incluídas respostas relacionadas às relações interpessoais, consulta muito rápida, falta de acesso ao profissional, maus tratos, atendimento descortês, etc.; na categoria “organização precária dos serviços” foram incluídas respostas relacionadas à falta de médicos, de medicamentos, de local para coleta de exames, de serviço de emergência, etc. Ainda surgiu uma categoria com qualidades positivas dos serviços (os usuários elogiaram o serviço ou disseram que não tinham do que se queixar em relação ao serviço).

O resultado foi o seguinte: 54,7% dos que fizeram comentários apontaram para organização precária dos serviços. Foram referidas a falta de medicamentos, de posto de coleta de material para realização de exames laboratoriais, dificuldade para agendamento de consultas e carência de atendimento nas situações de urgência (Gráfico 6).

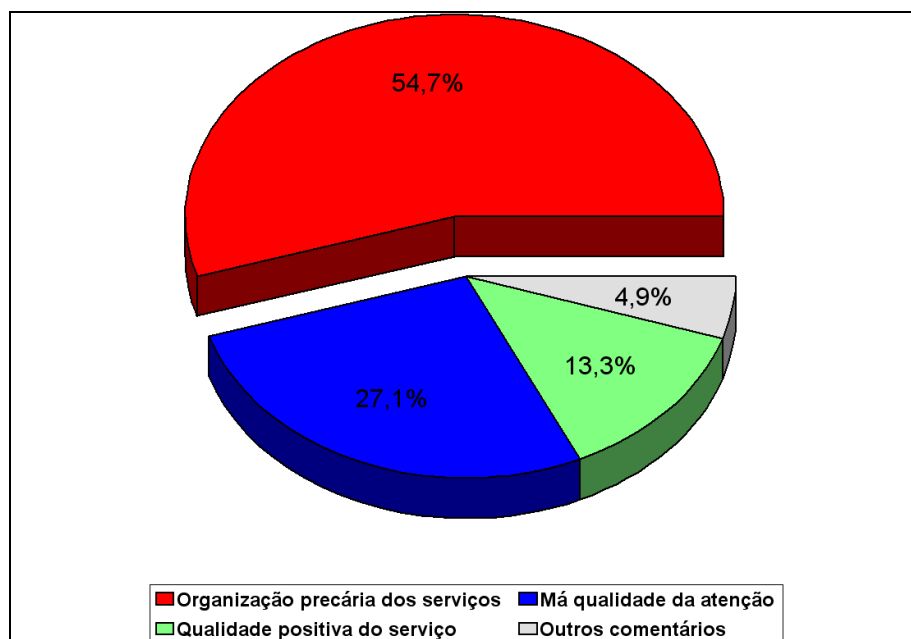


Gráfico 6. Organização dos serviços e das práticas na rede de unidades de saúde da família segundo usuários, jul. 2009 – mar. 2010.

Além disso, 21,7% dos entrevistados apontaram a má qualidade da atenção recebida. Aí referiram atendimento descortês na recepção e farmácia, falta de esclarecimentos, além do fato de serem atendidas somente por enfermeiras e nunca por médicos. Uma das usuárias disse que se sentiu enganada afirmando “pedi para marcar ginecologista, quando chegou no dia era uma enfermeira, me senti enganada e já conversei com outras pessoas que acharam a mesma coisa”, ou ainda em outra fala “gosto da enfermeira X, mas acho que meu filho também deveria passar por um pediatra e não passou desde que nasceu”. A recepção foi citada com mais frequência em relação ao atendimento ruim e em algumas unidades quem faz esse papel é o vigilante.

Dos entrevistados, apenas 13,3% apontaram qualidades positivas do serviço, afirmando que não tinham do que se queixar, ou que o serviço melhorou. Neste aspecto também chamam atenção alguns comentários sobre as enfermeiras, citadas pelo nome e elogiadas pelo bom atendimento. Há ainda dúvidas quanto ao papel da enfermeira na unidade, como se estivesse ali como alguém que também faz o papel de médica, observado na fala de

uma usuária “É uma ótima médica, mesmo sendo enfermeira, considero ela uma ótima médica”.

A distribuição dos resultados por distrito ficou como na tabela abaixo:

Tabela 19. Avaliação dos serviços pelo segundo usuários, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

Distrito Sanitário	Organização precária do serviço n (%)	Má qualidade da atenção n (%)	Qualidade positiva do serviço n (%)
Subúrbio	60 (67,4)	25 (28,1)	1 (1,1)
Ferrovário			
Cajazeiras	11 (61,1)	6 (33,3)	1 (5,6)
Brotas	3 (37,5)	2 (25)	3 (37,5)
Cabula/Beiru	11 (68,8)	3 (18,8)	2 (12,5)
Itapuã	8 (61,5)	3 (23,1)	1 (7,7)
Barra/Rio Vermelho	8 (38,1)	9 (42,9)	2 (9,5)
Boca do Rio	1 (50)	1 (50)	...
Itapagipe	4 (20)	3 (15)	13 (65)
Pau da Lima	3 (27,3)	5 (45,5)	3 (27,3)
Centro Histórico	3 (30)	...	7 (70)
São Caetano/Valéria	11 (64,7)	4 (23,53)	2 (11,8)

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

A categoria organização precária do serviço apareceu com maior frequência nos seguintes distritos sanitários: Subúrbio Ferrovário (67,4%), Cajazeiras (61,1%), Cabula/Beiru (68,8%), Itapuã (61,5%) e São Caetano/Valéria (64,7%). A categoria má qualidade da atenção apareceu como maior frequência no DS Barra/Rio Vermelho (42,9%) e Pau da Lima (45,5%). Já valores altos na frequência de qualidades positivas do serviço foram observadas no Distrito Sanitário Centro Histórico (70%), DS Itapagipe (65%) e DS Brotas (37,5%).

Observa-se aí que o Distrito Sanitário Cabula/Beiru foi o que mais recebeu críticas em relação à organização precária do serviço (68,8% dos usuários entrevistados naquele distrito). Além disso, 25% dos usuários se queixaram da má qualidade da atenção e apenas 12,5% apontaram qualidades positivas no serviço. O distrito do Subúrbio Ferroviário foi o segundo que mais recebeu críticas em relação à organização precária dos serviços, além de ser um dos que menos recebeu elogios/qualidades positivas do serviço (1,1%), com 28,1% dos usuários apontando para a má qualidade da atenção. O Distrito Sanitário Boca do Rio foi apontado por 50% dos usuários pela má qualidade da atenção. Além disso, foi o distrito onde nenhum usuário apontou qualidades positivas. O Distrito Sanitário Centro Histórico foi onde proporcionalmente, mais usuários (70%) apontaram para as qualidades positivas do serviço, além disso, nenhum usuário apontou para a má qualidade da atenção.

Quadro 14. Organização dos serviços e das práticas por Distrito Sanitário segundo usuários, Salvador, Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

ORGANIZAÇÃO PRECÁRIA DO SERVIÇO (INICIANDO PELO DS COM PIOR AVALIAÇÃO)	MÁ QUALIDADE DA ATENÇÃO (INICIANDO PELO DS COM PIOR AVALIAÇÃO)	QUALIDADE POSITIVA DO SERVIÇO (INICIANDO PELO DS MELHOR AVALIADOS)
CABULA/BEIRU SUBÚRBIO FERROVIÁRIO SÃO CAETANO/VALÉRIA ITAPUÃ CAJAZEIRAS BOCA DO RIO BARRA/RIO VERMELHO BROTAS CENTRO HISTÓRICO PAU DA LIMA ITAPAGIPE	BOCA DO RIO PAU DA LIMA BARRA/RIO VERMELHO CAJAZEIRAS SUBÚRBIO FERROVIÁRIO BROTAS SÃO CAETANO/VALÉRIA ITAPUÃ CABULA/BEIRU ITAPAGIPE CENTRO HISTÓRICO	CENTRO HISTÓRICO ITAPAGIPE BROTAS PAU DA LIMA CABULA/BEIRU SÃO CAETANO/VALÉRIA BARRA/RIO VERMELHO ITAPUÃ CAJAZEIRAS SUBÚRBIO FERROVIÁRIO BOCA DO RIO

Fonte: Dados da pesquisa, Salvador – Bahia, jul. 2009 – mar. 2010.

O quadro 14 apresenta os Distritos Sanitários organizados por ordem de avaliação.

7 DISCUSSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na caracterização da amostra de usuários observa-se uma predominância feminina na busca pelo serviço de saúde, o que era algo esperado. Segundo Figueiredo (2005), é sabido que os serviços de atenção básica atendem essencialmente à população feminina, idosa e infantil. O autor atribui a ausência masculina provavelmente a duas características: de um lado, seu processo de socialização associado à desvalorização do auto-cuidado e preocupação incipiente com a saúde, por outro à sua preferência a serviços que dêem resultados mais objetivos, sem necessidade de muita explicação como farmácias ou pronto-socorros.

Recentemente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi incorporada à Política Nacional da Atenção Básica como estratégia de diagnóstico e enfrentamento dos principais problemas que acometem a saúde da população masculina. Apesar disso, verifica-se que esta Política pouco tem avançado na prática dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

O nível educacional apontou para uma baixa escolaridade da maior parte dos entrevistados. Entretanto, segundo dados nacionais, em todo o país tem ocorrido um avanço gradual no que se refere aos indicadores da educação da população. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008), de 2007 para 2008, no Brasil, a taxa de analfabetismo entre pessoas de 15 anos ou mais de idade, por exemplo, passou de 10,1% em 2007 para 10,0% em 2008; e a média de anos de estudo aumentou de 6,9 para 7,1 anos - mas ainda não representava o ensino fundamental concluído. Nesse período, a taxa de analfabetismo funcional caiu de 21,8% para 21,0%.

Nesta pesquisa, seguindo a tendência do Nordeste do País, a população entrevistada apresentou alto nível de desocupação. Apesar da desocupação em todo o País ter caído de 8,1%, em 2007, para 7,1%, em 2008, no Nordeste a taxa de desocupação ficou acima da média nacional (7,5%) (PNAD 2008). O grupamento ocupacional com maior concentração de pessoas foi o de trabalhadores da produção de bens e serviços, resultados semelhantes ao da PNAD.

Os dados encontrados refletem uma situação preocupante. Inicialmente, o perfil sócio-econômico dos usuários da rede de serviços do PSF apresenta uma população predominantemente feminina, sendo poucos os homens que procuram a unidade de saúde da família.

Outro dado importante é o grande quantitativo de mulheres em idade fértil com baixo grau de escolaridade. É sabido que a escolaridade da mãe interfere diretamente nos indicadores obstétricos e mortalidade infantil. Haidar et al (2007) demonstraram em estudo realizado em uma maternidade em Taubaté, São Paulo, que há relação direta da baixa escolaridade da mãe com os seguintes indicadores obstétricos: baixo peso ao nascer, nº de filhos vivos igual ou maior que três, história pregressa de filhos mortos.

Essa característica demanda dos profissionais da Atenção Básica e da gestão municipal uma maior atenção no acompanhamento dessas mulheres, traçando estratégias de promoção de saúde sexual e reprodutiva além das ações de planejamento familiar, acompanhamento pré-natal e garantia de atenção em outros níveis de complexidade do sistema de saúde. Quanto aos altos índices de desemprego e baixo poder aquisitivo da população entrevistada, estes refletem a carência de políticas inter-setoriais, uma vez que saúde não se resume em serviços e sim em uma complexidade de fatores que garantam o indivíduo condições para viver dignamente.

No que se refere especificamente à utilização da unidade de saúde da família, observou-se que os usuários referem utilizar da USF por exclusão de outras possibilidades, em algumas expressões fica clara a associação do serviço público a serviço de pouca qualidade. Alguns afirmaram no final da entrevista que estavam ali porque não tinham condições financeiras para pagar por um atendimento particular.

Também o vínculo com a equipe/profissional, mesmo sendo uma das opções de resposta, não apareceu com frequência para ser o motivo de escolha pela USF. Além disso, um aspecto importante que surgiu foi a confusão do papel da enfermeira como alguém que também faz papel de médico, o que foi expressado pelos usuários.

Observa-se que o perfil dos profissionais da estratégia saúde da família não tem mudado muito ao longo dos anos. No ano 2000 foi realizada pesquisa pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a readequação de programas e currículos de capacitação oferecidos para Equipes de Saúde da Família, sob a perspectiva dos profissionais. Esta pesquisa identificou que a estratégia absorvia mais mulheres que homens em suas equipes de trabalho (44,1% de médicos e 90,9% de enfermeiras), com faixa etária predominante entre 30 a 49 anos (66,6% de médicos e 58,7% de enfermeiras). Poucos também são aqueles que tinham algum curso de especialização (39,53% dos médicos e 35,49% dos enfermeiros). O número dos profissionais com titulação *stricto sensu* foi ainda menor, ou seja 2,4% dos médicos e 1,5% dos enfermeiros têm mestrado e/ou doutorado (BRASIL, 2000). Este é um patamar similar ao desta pesquisa.

Observa-se uma diversidade no que se refere à formação/qualificação dos gestores e não é exigido nenhum pré-requisito específico para atuar na gerência de unidades de saúde da família. A gerência de unidades básicas de saúde no município é um cargo de confiança, feita por indicação política. Considerando o papel de extrema relevância a ser desempenhado por um gerente de unidade de saúde e a especificidade da estratégia saúde da família, verifica-se que esta escolha pode não ser benéfica para a gestão.

Outra confusão frequentemente percebida é a que se faz entre gerenciamento do cuidado feito pela equipe de saúde da família e gerência de unidades de saúde. Para a OPAS (2010), a gerência do cuidado inclui apenas os membros da equipe de saúde da família (enfermeira, médico, odontólogo, auxiliares e agentes comunitários). Em Salvador, muitas vezes a gerência de unidade de saúde é confundida com gerência de processos de trabalho, gerando angústia e insatisfação por parte de gestores e profissionais.

7.2 AVALIAÇÃO DA REDE COM FOCO NA INTEGRALIDADE

Na dimensão das políticas específicas foram analisados alguns indicadores pactuados na Atenção Básica. Segundo Mattos *et al* (2008), a pactuação de indicadores deve servir para dois propósitos: o primeiro é a responsabilização do município pela gestão do sistema de saúde o segundo é voltado para a construção e consolidação da Atenção Básica, integrando a mudança pretendida no modelo assistencial.

Mesmo compreendendo que um pacto envolve acordo entre as partes, observando os indicadores escolhidos, o que foi assumido pelo município de Salvador não foi realizado. Os índices de cobertura de PSF permanecem baixos, assim como os demais indicadores.

No Estudo de Linha de Base realizado em quatro municípios com mais de 100.000 habitantes em Minas Gerais, considerando a análise dos indicadores observou-se uma cobertura de hipertensos no ano de 2005 bem maior que a de Salvador, com um percentual de cobertura de hipertensos de 85% quando consideradas informações contida no SIAB. (BRASIL, s/d).

Esse indicador foi escolhido por ser parte de um dos primeiros programas componentes do PSF, o Programa de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Apesar do tempo de existência do programa, ainda não houve consolidação das suas ações no município, observado pelo baixo índice de cadastramento.

Para Pinheiro e Silva Júnior (2008), a Integralidade é materializada no cotidiano em “práticas sociais de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade” (PINHEIRO; SILVA JR, 2008, p. 19). É necessário o diálogo, percepção das necessidades dos usuários e a negociação.

Nesta avaliação, outro aspecto considerado na dimensão das políticas específicas foi a participação da comunidade como requisito necessário ao alcance da Integralidade. É sabido que a participação popular e o controle social estão definidos desde 1990, com a Lei 8.080 para consolidação do SUS. Em instância local, o Conselho Local de Saúde deve representar a

comunidade e os serviços de saúde para garantir que o planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde sejam democráticos e possam atender aos anseios da comunidade.

Os resultados da pesquisa, entretanto, apontam para pouca ou quase nenhuma inclusão popular nas ações na rede municipal. Mesmo onde havia conselho local de saúde, ele não funcionava regularmente, resultados semelhantes foram encontrados por Crevelim e Peduzzi (2005). As autoras afirmam que os projetos feitos pela equipe de saúde da família são feitos para a população e não com a população. Já um estudo realizado no município de Campina Grande, nas áreas cobertas pelo PSF, apontou para avanços na participação social na gestão local de saúde, apesar de ainda não representar participação na elaboração de projetos pelas equipes de saúde da família (LACERDA, 2007).

Toda esta desestruturação na dimensão das políticas específicas reflete nas outras dimensões, conforme se pode verificar na análise dos indicadores seguintes. Na dimensão da organização dos serviços e das práticas o resultado foi igualmente desfavorável.

O resultado do indicador de processo de gestão nas USF chama atenção pela pequena taxa de profissionais e gestores que utilizam o planejamento e o monitoramento como ferramentas no seu cotidiano. O planejamento é inerente à concepção do PSF, nesta estratégia trabalha-se com uma comunidade específica, com problemas específicos, expectativa de mudança de perfil epidemiológico e é impossível operar esses elementos sem utilização do planejamento no cotidiano da organização dos serviços.

O planejamento na estratégia saúde da família, assim como em todos os âmbitos da saúde, é uma ferramenta sem a qual é impossível alcançar resultados significativos. O levantamento de problemas, o plano de ação, as metas, os atores responsáveis devem ser parte do cotidiano das equipes de saúde da família. Sem planejar, a equipe de saúde da família acaba reproduzindo uma assistência desorganizada, sem objetivos, que possam acumular para a mudança do modelo de atenção proposta pela Estratégia Saúde da Família.

Segundo a OPAS (2010), um elemento de orientação importante é que a organização do cuidado se faz em torno do conceito de problema e suas implicações práticas.

Nesse sentido, o trabalho da ESF desenvolve-se como um processo que visa identificar o “problema de saúde” em sua área de responsabilidade, fazer um levantamento das tecnologias disponíveis e apropriadas e, por meio do planejamento conjunto, estabelecer um plano de intervenção e acompanhamento das ações implementadas. (OPAS, 2010)

O resultado do indicador de organização de processo de trabalho chama atenção devido a precariedade nos vínculos empregatícios dos profissionais do PSF. Sabe-se que no Brasil isso é uma tendência antiga. Em todo o Brasil 45,88% dos médicos e 43,67% dos enfermeiros são incorporados ao PSF por meio de contratos temporários. Ao comparar a informação entre as regiões, verifica-se a ausência de padronização na forma de contratação. À exceção das regiões Sul (na qual 41,77% dos médicos e 44,44% dos enfermeiros são contratados pelo Estatuto do Servidor Público) e Centro-Oeste (na qual cerca de 50% dos médicos e dos enfermeiros são contratados pelo regime celetista); nas demais regiões predominam a precariedade dos vínculos empregatícios. No Norte, mais de 67% dos médicos e mais de 57% dos enfermeiros são contratados de forma temporária. Somando os contratos temporários e as demais formas precárias de incorporação do trabalho (por cooperativa e cargo em comissão), observa-se que no Brasil 61,83% dos médicos e 61,17% de enfermeiros no PSF não possuem garantias jurídicas de direitos trabalhistas. (BRASIL, 2002)

Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado por Medeiros (2007). A pesquisa foi feita com trinta e uma (31) equipes em vinte e cinco (25) municípios do Rio Grande do Sul e foram identificadas como uma das principais causas de rotatividade dos profissionais na estratégia saúde da família, a precarização do vínculo de trabalho, além de outras como a fragmentação da formação, o estilo de gestão autoritário, a ausência de vínculo com a comunidade e más condições de trabalho).

Apesar dos resultados em todo o País, o caso de Salvador é particularmente destacável. Desde 2008, por intervenção do Ministério Público, foram suspensos os contratos terceirizados de profissionais de saúde, estabelecendo um regime emergencial de contratação, o Termo de Ajuste de Conduta (TAC), até a realização de concurso público. Até o final desta pesquisa, em março de 2010, foram observadas formas precárias de vínculo profissional nas unidades selecionadas: dos 111, apenas cinco profissionais eram concursados, os 181 agentes comunitários passaram por uma seleção pública específica; dezesseis profissionais estavam no

Regime Emergencial de Direito Administrativo (REDA) e 90 foram contratados através do TAC. A Secretaria Municipal da Saúde anunciou para o segundo semestre de 2010 a realização de concurso público

A Educação Permanente para os profissionais do PSF, ainda na composição do mesmo indicador apontou para um resultado insatisfatório, mas com variação entre os distritos sanitários. Apesar de compreender a complexidade que envolve a Política de Educação Permanente, nesta pesquisa consideraram-se indícios mínimos (realização em alguma atividade educativa no último semestre) como iniciativa de Educação Permanente. Mesmo assim os resultados foram insatisfatórios.

Houve pouco avanço no que se refere à Educação Permanente para profissionais de PSF País. Quando comparados os resultados desta pesquisa com outra realizada pelo Ministério da Saúde em 2002, observam-se resultados semelhantes. Em 2002 quase 70% dos profissionais que atuavam no PSF participaram nos dois anos anteriores à pesquisa, de seminários e/ou encontros científicos na área da Saúde da Família. As razões apontadas para não participação nestes eventos foram: o recente ingresso no Programa; a falta de oportunidade, explicada normalmente por motivos pessoais; e por não terem prévio conhecimento dos eventos (BRASIL, 2002).

Em Salvador, dentre os profissionais que não participaram de atividades de Educação Permanente, principalmente os agentes comunitários de saúde e os profissionais de nível médio demonstraram interesse em participar e registraram que só os profissionais de nível superior eram convidados para participar destes eventos.

Segundo o Ministério da Saúde, não é possível concretizar a mudança desejada no modelo de atenção à saúde sem pensar em uma nova formação para os profissionais e uma política de educação permanente (BRASIL, 2000). Algumas pesquisas com foco na educação permanente foram encontradas, todas elas voltadas para uma categoria específica (equipe de saúde bucal, equipe de agentes comunitários de saúde e todas elas apontavam para a necessidade de educação contínua e permanente para aumentar a efetividade do trabalho. (PONTES, 2007; FERRAZ, 2005)

Nesta pesquisa, a dimensão que obteve os melhores resultados foi a dimensão das Práticas Profissionais. Os resultados, apesar de variarem entre os distritos sanitários apontam para existência de processo de cuidado, com grande índice de orientação de usuários por profissionais. Houve divergência nos achados sobre clareza na comunicação. Enquanto a maior parte dos usuários afirmou entender o que o profissional de saúde explica, os profissionais acreditaram não serem compreendidos pelos primeiros.

Os profissionais atribuíram o não entendimento à baixa adesão dos usuários à terapêutica prescrita.

O indicador que merece destaque nas práticas profissionais é o da relação profissional-serviço. Os resultados apontaram para alto índice de identificação e satisfação com o trabalho que desempenham. As ressalvas foram feitas apenas em relação ao vínculo e às condições de trabalho.

A maioria dos profissionais também afirmou que trabalha sobre os indicadores de saúde e habitualmente identificam outros problemas além daqueles apresentados pelos usuários. Para Mattos (2001), entre outros fatores esta capacidade de escuta ampliada aponta para integralidade nas práticas profissionais. Incorporando a isso a resolução ou encaminhamento do problema priorizado.

No entanto, os resultados encontrados na rede de unidade de saúde da família apontam para uma desestruturação da rede de serviços, além disso, apesar de pactuado como prioridade política, a implantação do PSF é fragmentada e descontínua. No trabalho de campo, durante a coleta de dados o que se observou foram equipes incompletas, faltando principalmente agentes comunitários de saúde e médicos, escassez de recursos e infra-estrutura. Houve discretas diferenças entre os distritos sanitários analisados, entretanto, no geral, a rede de serviços se distancia do princípio da Integralidade, necessitando de intervenções urgentes em diversos aspectos de sua estrutura e organização.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivos avaliar a rede de unidades de saúde da família no SUS municipal, tomando como eixo norteador o princípio da Integralidade.

O estudo foi direcionado por três dimensões da Integralidade: práticas profissionais; políticas específicas; e organização dos serviços e das práticas. Diante disso, observou-se que a rede de unidades de saúde da família municipal está ainda distante deste princípio do SUS. O desempenho da rede variou por distrito sanitário. Houve distritos sanitários com melhores resultados na dimensão das práticas profissionais e distritos que obtiveram melhores resultados na organização dos serviços e das práticas, resultado presente tanto na avaliação geral dos indicadores como na enunciação avaliativa dos usuários.

A dimensão das políticas específicas para Atenção Básica foi a que obteve resultados menos favoráveis apontando para uma exclusão da comunidade no processo decisório na Atenção Básica, além do baixo alcance de metas pactuadas no Pacto pela Saúde, incluindo a cobertura de PSF, que continua inferior a 11%.

Os distritos que apresentaram melhores resultados na dimensão das práticas profissionais (DS Centro e Histórico e DS Brotas) obtiveram melhor resultado também na avaliação livre feita pelos usuários, o que indica a relevância desta dimensão no sistema de saúde e a necessidade de investimentos nos profissionais.

Por outro lado os distritos sanitários com resultados desfavoráveis na dimensão da organização dos serviços e das práticas (DS Cabula/Beiru e DS Pau da Lima) receberam mais críticas dos usuários.

Em relação à dimensão da organização dos serviços e das práticas, observou-se que o processo de gestão nas unidades de saúde da família não inclui o planejamento e o monitoramento contínuos, com respostas convergentes entre profissionais e gestores. Característica grave, considerando que o planejamento é um elemento inerente ao PSF.

Os vínculos empregatícios são precários para a quase totalidade dos profissionais. O aspecto menos desfavorável foi o que aborda Educação Permanente, uma vez que mais da metade dos profissionais em quase todos os distritos sanitários participaram de alguma atividade desta natureza no período avaliado.

A dimensão das práticas profissionais, que se refere ao momento do encontro dos profissionais com os usuários foi a que apresentou melhores resultados. Houve divergência na resposta de profissionais e usuários no que se refere à clareza na comunicação, os profissionais se declararam pouco compreendidos pelos usuários e estes, por outro lado afirmaram entender tudo o que os profissionais explicam. Os indicadores do processo de cuidado e relação profissional-paciente variaram nos diferentes distritos, mas, apenas um distrito ficou abaixo do ponto de corte no primeiro indicador.

Apesar dos resultados insatisfatórios, um indicador chamou atenção e merece aprofundamento em estudos posteriores, que é a relação profissional/serviço. Neste indicador apareceram resultados que sobressaem sobre os demais em relação às variáveis de identificação dos profissionais com o trabalho que desempenham e a satisfação profissional. A quase totalidade dos profissionais de identifica com o trabalho no PSF, assim como a maioria deles se disse satisfeita com o trabalho.

A satisfação apresentada por eles como resposta diverge do contexto de vínculos empregatícios precários e escassez de recursos e condições para desempenhar o trabalho, além da impressão dos entrevistadores durante a entrevista diante dos depoimentos. Diante disso a hipótese levantada é a de que a instabilidade gerada pela falta de um vínculo empregatício impede a expressão da insatisfação dos profissionais com o seu trabalho.

Em relação à metodologia, para o cálculo da amostra, sugere-se a não utilização do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde para obtenção do total de profissionais na rede. Os valores encontrados em campo foram muito diferentes do dado estimado.

Outro limite refere-se ao pouco fluxo de usuários nas unidades de saúde da família. Como o número de profissionais é muito reduzido (até um médico para quatro equipes) e em toda a rede o serviço de odontologia está desestruturado (falta material e manutenção de equipamentos) os usuários têm optado por outros serviços, como unidades básicas tradicionais

e serviços de pronto atendimento, havendo períodos onde apenas dois usuários freqüentaram a USF.

Por se tratar de uma linha de base de avaliativa que compreende requisitos mínimos para avaliação, esta pesquisa permitiu a obtenção de um panorama da rede de unidades de saúde da família, entretanto muitos aspectos revelados merecem aprofundamento em pesquisas posteriores.

Diante de todos esses elementos, conclui-se com esta pesquisa que a rede de unidades de saúde da família do município de Salvador encontra-se distante do princípio da Integralidade.

Alguns elementos apresentam gravidade e requerem medidas urgentes de regularização, como é o caso dos vínculos profissionais, do planejamento das ações e da participação social. É importante lembrar que os parâmetros utilizados para esta pesquisa foram indicadores básicos que minimamente refletissem integralidade e apesar disso, os resultados encontrados foram muito desfavoráveis.

O único elemento favorável diz respeito às práticas profissionais e sua relação com os usuários e se medidas de regularizar a gestão de pessoas não forem tomadas, este indicador preliminar pode ter seus resultados alterados.

Isto indica que mesmo com um contexto desfavorável e uma estrutura de serviços precária, investir nas pessoas pode significar o início do movimento para mudar o modelo de atenção.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia; MACINKO, James. **Validação da metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do SUS, a nível local**. Série Técnica. OPAS: 2007.

BAHIA, Içara. **Mortes por Meningite C aumentam 50% em Salvador**. Disponível em <<http://www.atarde.com.br/cidades/noticia.jsf?id=1264216>>. Acesso em: 31 maio 2010.

BELISÁRIO, Soraya Almeida et al. **Desenvolvimento de Estudos Avaliativos de Linha de Base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família na região Centro Oeste do Brasil**. NESCOM, 2006, disponível em <<http://dab.saude.gov.br/docs/geral/nescon.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2010.

BODSTEIN, Regina. **Atenção Básica na Agenda da Saúde**. **Ciênc. Saúde Coletiva** v. 7 n.3 Rio de Janeiro 2002 in <www.scielo.br>. Acesso em: 16 nov.2006.

_____. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação de Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva** v.11, n.3, Rio de Janeiro: 2006. p.725-731.

BOSI, Maria Luiza Magalhães; UCHIMURA, Katia Yumi. **Avaliação qualitativa de programas de saúde** Petrópolis: Vozes, 2006. p. 87-117

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Seção II - da saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 07 jul. 2010.

BRASIL, **Lei 8.080 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. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. disponível em <www.datasus.gov.br>. Acesso em 02 jan. 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Estudos de Linha de Base, lote 1 Sudeste**: Espírito Santo e Minas Gerais. disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/docs/geral/cepesc.pdf>>. Acesso em: 01 jun.2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Departamento de atenção básica da saúde, 2000, v.3.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica NOB-SUS 96 de 05 de novembro de 1996**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 05 nov. 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do referido pacto. Política Nacional de Atenção Básica: Pactos pela Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006, v.4.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2008.

CAMARGO JR. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, 24 (Sup 1): 558-568, 2008.

CAMPOS, G. W. S . Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico (UEL)*, v. 10, n. 2, p. 7-14, 2003.

CAMPINAS, SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **SUS em Campinas**. disponível em <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>>. Acesso em: 15dez. 2009

CECCIM, Ricardo Burg, Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**. v. 9, n.16, Botucatu: set./fev. 2005.

CHIESA, Ana Maria; FRACOLLI, Leislane Aparecida. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas Grandes Cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde Ano V, n. 7, edição especial, jan.2003 a abr. 2004.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, out 2004, vol.20, no.5, p.1417-1423.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. Avaliação em Saúde: conceitos e métodos in HARTZ, Z.M.A, (Org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. A participação da comunidade na equipe de saúde da família: como estabelecer um projeto? **Ciência e Saúde Coletiva** v.10, n.2, 2005.

DOWBOR, Tatiana Pluciennik **O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família do município de São Paulo**, Tese (Doutorado em Saúde pública). Universidade de São Paulo, São Paulo: 2008. 254 p.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. **Monitoramento e Avaliação do projeto de expansão e consolidação da Saúde da Família (PROESF)**: Relatório Final do Estudo de Linha de Base, Lote 2: Nordeste, Universidade federal de Pelotas, 2006. Disponível em http://www.epidemiologia.ufpel.br/proesf/relatorios/ne_final/Relatorio_Final_Nordeste.pdf, acesso em set 2009.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.4, n.3, p.317-321, jul./set., 2004.

FERRAZ, Lucimare; RAERTZ, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano do trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, n.2, p. 347-355, 2005.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de Atenção Primária. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10,n.1,p.105-109, 2005.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato ; KUZANO, Maria Do Socorro Evangelista ; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia ; SILVA, A. F. M. ; SILVA, P. A. . **Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico**. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ) ^{JCR}, v. 25, p. 1409-1419, 2009.

HAIDAR, Fátima Hussein, OLIVEIRA, Urânia Fernandes, NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. **Escolaridade Materna: correlação com os indicadores obstétricos**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro vol. 17, n. 4, p. 1025-1029, jul.–ago., 2007.

HARTZ, Zulmira Maria Araújo, (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.) **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20 sup. 2, p.S331-S336, 2004.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria (org.), **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

IBAÑEZ, Nelson, et al. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 11, n.3 Rio de Janeiro, jul./set. 2006.

IBGE, PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRAGEM DE DOMICÍLIO (PNAD) 2008: Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1>. Acesso em: 15abr.2010.

LACERDA, William Almeida de; SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima. **A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba**. Rev. Katál. Florianópolis v. 10, n.2, p.197-205 jul./dez. 2007.

LUBISCO, Nídia Maria Lienert et al. **Manual de Estilo Acadêmico**: Monografias, teses e dissertações. 4 ed. Salvador: EDUFBA, 2008.

MATTOS, Ruben de Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben de Araújo (org.). **Os sentidos da integralidade a atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

_____. Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, set./out. 2004, v.20, n.5, p.1411-1416.

MATTOS, R. A.; ROBAINA, J. R.; SIQUEIRA, N. N. de. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir dos Indicadores da Atenção Básica in: PINHEIRO, Roseni et al. **Atenção Básica e Integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

MELO, Cristina Maria Meira de, et al. **Avaliação das Práticas de Atenção Básica à Saúde com foco na Integralidade**. /PPSUS 0029/2007. Relatório preliminar apresentado à FAPESB. Salvador, Bahia: outubro de 2009.

MEDEIROS, C. R.; JUNQUEIRA, A. G. V, et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. 067/2007 disponível em

<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2639>. Acesso em: 15abr.2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Avaliação por Triangulação de Métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NARVAI, Paulo Carpel. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D.V. (org.). **Novos rumos da saúde bucal**: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. p.28-42.

OLIVEIRA, Michele Mandagará de, PINTO, Ione Carvalho. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na estratégia saúde da família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.7, n.1, p. 31-38, 2007.

OPAS, Organização Panamericana da Saúde. **O trabalho da Equipe de Saúde da Família**. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Disponível em

<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/org_trab.pdf>. Acesso em: 29abr. 2010.

OUTERELO, Paula; AMORIM, Felipe. **Violência afasta médicos do Programa Saúde da Família (PSF) disponível em** <<http://novo.correio24horas.com.br/noticias/detalhes/detalhes-4/artigo/violencia-afasta-medicos-do-programa-saude-da-familia-psf>>. Acesso em: 31maio 2010.

PINHEIRO, Roseni, JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva. **Atenção Básica e Integralidade:** contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

PONTES, Norma de S. Thiago. **Processo de trabalho em saúde bucal e necessidades de Educação Permanente:** a experiência no PSF do município de Petrópolis. Tese (Doutorado) UFRJ. Rio de Janeiro; s.n; 2007. 114 p. tab.

SANTANA, Geovana Raimunda Souza. **Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades de saúde do SUS municipal.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). EEUFBa, Salvador, Bahia, 2008.

SALVADOR, SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Aprovados no REDA da saúde devem se apresentar até esta quinta-feira.** Disponível em <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br>>. Acesso em: 31maio2010.

SALVADOR, SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2005/2008.** Salvador, Bahia, 2005.

SALVADOR, SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Relatório Anual para manutenção do incentivo financeiro da Atenção Básica.** Salvador: jun.2009

SOLLA, José Jorge Pereira. Avanços e limites da descentralização do SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.30, n.2, jul./dez. 2006. p.332-348.

STARFIELD, Barbara. Integralidade da atenção: quem deveria oferecer o que. In: STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 313-364.

SECRETARIA da Saúde descarta epidemia de dengue em Salvador. **Bahia em Foco.** maio 2008. Seção: Salvador em Foco. Disponível em

<<http://www.bahiaemfoco.com/noticia/6791/secretaria-da-saude-descarta-epidemia-de-dengue-em-salvador>>. Acesso em: 31maio2010.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. (Debate). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p.564-576, 2006.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a Integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde Ano V, n. 7, edição especial, jan.2003 a abr. 2004.

VIEIRA DA SILVA, Lígia Maria. Considerações sobre os resultados dos estudos de linha de base incluídos na meta avaliação. In: Hartz, ZMA;Felisberto, E;Vieira da Silva, LM. (Org.). Meta avaliação da atenção básica à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, v. 1, p. 399-409.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE USUÁRIOS

 UFBA	Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Grupo de Pesquisa GERIR E-mail responsável pela pesquisa: almeidasilva.melissa@gmail.com Coordenação: Prof ^a . Dr ^a . Cristina Maria Meira de Melo Fone: (071) 3283 - 7623	 fapesb Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
Avaliação da Rede de Unidades de Saúde com foco na Integralidade-USUÁRIOS		
1. No do Questionário:	2. Nome Entrevistador:	3.Data da Entrevista:
5.Nome da Unidade de Saúde:	6.Distrito:	7.Turno: 1. Matutino 2.Vesp.
8.Hora Início:		
8.Hora Final:		
I. Informações Sócio Demográficas		
A1. Qual a sua idade? _____ A1.1 Data de nascimento: ____/____/____	A2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino	A3. Qual seu estado civil atual? ☐ casado(a) ☐ solteiro(a) ☐ união estável ☐ divorciado(a)/separado(a) ☐ viúvo(a)
A4. Em qual dessas classificações você define sua cor? ☐ preta ☐ branca ☐ parda ☐ amarela ☐ indígena ☐ outra _____	A5. Qual sua escolaridade? ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Pós graduação completa ☐ Não frequentou escola	A6. Bairro onde reside: A7. Há quanto tempo reside neste local: ☐ Sempre morou no bairro ☐ Há menos de um ano ☐ Entre um e cinco anos ☐ Entre cinco e dez anos ☐ Mais de dez anos
A8. Está trabalhando no momento? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não A9. Qual a sua ocupação/profissão?	A10. Qual a sua renda pessoal? ☐ até um salário mínimo ☐ de um a dois salários ☐ de dois a três salários ☐ de três a quatro salários mínimos ☐ superior a cinco salários mínimos ☐ não quis responder ☐ não tem renda	A11. Por que utiliza esse posto de saúde? ☐ Mora perto ☐ gosto do serviço ☐ gosto do profissional (qual? _____) ☐ só tem esse ☐ Sou cadastrado Outro motivo: _____

A12. Há quanto tempo utiliza os serviços dessa unidade de saúde? () Há menos de um ano () Entre um e cinco anos () Entre cinco e dez anos () Mais de dez anos		
--	--	--

II. Informações sobre práticas dos profissionais

PP 2.1 O profissional que lhe atende orienta o(a) senhor(a) sobre como deve continuar seu tratamento?

(quando retornar, onde realizar os exames, onde pegar medicamentos)? **1.() Sim 2.() Não**

PP 2.2. O/A senhor(a) recebe orientações de como deve cuidar da sua saúde?

1.() Sim 2.() Não

PP 3.1 a Depois de ser atendida nesta unidade a senhora alguma vez precisou retornar para tirar dúvidas?

1.() Sim 2.() Não (Se não, ir para a questão PP 3.2)

PP 3.1.b Todas as vezes que precisou tirar dúvidas com o profissional que lhe atendeu o senhor conseguiu falar com ele? **1.() Sim 2.() Não**

PP 3.2 Quando você é atendido, você entende tudo o que o profissional de saúde lhe explica?

1.() Sim 2.() Não

O(a) senhor(a) gostaria de comentar sobre alguma coisa que não perguntei?

-

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PROFISSIONAIS

	Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Grupo de Pesquisa GERIR E-mail responsável pela pesquisa: cmmelo@uol.com.br Coordenação: Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Meira de Melo Fone: (071) 3283 – 7623		
Avaliação da Rede de USF com foco na Integralidade-PROFISSIONAIS			
1. No do Questionário:	2. Nome Entrevistador:	3.Data da Entrevista:	4.Hora Início:
5.Nome da Unidade de Saúde:	6.Distrito:	7.Turno: 1. Matutino 2. Vesp.	8.Hora Final:
I. Informações sócio-demográficas			
A1. Qual a sua idade? _____ A1.1 Data de nascimento: ____/____/____	A2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino	A3. Qual seu estado civil atual? ☐ casado(a) ☐ solteiro(a) ☐ união estável ☐ divorciado(a)/separado(a) ☐ viúvo(a)	
A4. Em qual dessas classificações você define sua cor? ☐ preta ☐ branca ☐ parda ☐ amarela ☐ indígena ☐ outra _____	A5. Qual sua escolaridade? ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Pós graduação completa Qual? _____ ☐ Não frequentou escola	A6. Profissão: ☐ Enfermeira ☐ técnico de enfermagem ☐ auxiliar de enfermagem ☐ médico ☐ odontólogo ☐ auxiliar de consultório dentário ☐ agente comunitário de saúde ☐ THD	
A7 Tempo de serviço nesta unidade:			

II. Questões sobre a dimensão das políticas específicas

PE 2.1 Além do que é pedido nos programas do Ministério da Saúde, é desenvolvido algum projeto/atividade sobre os problemas de saúde mais frequentes da população da área por iniciativa de vocês? () sim () não Qual? _____

III. Questões sobre a dimensão da organização dos serviços e das práticas

TODOS OS PROFISSIONAIS	SIM	NÃO
OSP 2.1 a Você participou de alguma atividade de educação permanente nos últimos seis meses?		
OSP 2.3 a As atividades de educação permanente das quais você participou foram oferecidas pelo serviço?		
OSP 2.3 b Essas atividades de educação permanente contribuíram para a sua prática nesta unidade?		
SÓ PARA ENFERMEIRAS	SIM	NÃO
OSP 1.1 a Vocês fazem planejamento?		
OSP 1.1 b O planejamento é feito continuamente?		
OSP 1.2 a Vocês fazem acompanhamento da produção de serviços?		
OSP 1.2 b O acompanhamento é feito semanalmente?		
OSP 2.4 a Nos últimos três meses foi feita alguma mudança na organização do trabalho da unidade?		
OSP 2.4 b Essas mudanças foram feitas com base na avaliação dos serviços?		

IV. Questões sobre a dimensão das práticas profissionais

FOCO DAS AÇÕES				
	Não	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
PP 3.2 Você considera que tudo o que você explica ao usuário é entendido por ele? (só para médicos, enfermeiras, odontólogos)				
PP 4.1 a- Você se identifica com o trabalho que realiza nesta unidade? (Todos)				
PP 4.1 b- Está satisfeito com o seu trabalho? (todos)				
Ao atender ao usuário você identifica outros problemas além dos referidos por ele?	SIM		NÃO	
Você intervém sobre os problemas identificados?	Não	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
Seu trabalho na unidade atua sobre as causas ou determinantes dos problemas apresentados pela população?	Não	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
Em relação à confiança, qual o valor de 1 a 5 que você atribui às respostas dadas por você durante essa entrevista? (considerando 1 pouco confiável e 5 muito confiável)	1	2	3	4 5

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE GESTORES

 UFBA	Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Grupo de Pesquisa GERIR E-mail responsável pela pesquisa: cmmelo@uol.com.br Coordenação: Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Meira de Melo Fone: (071) 3283 - 7623	 fapesb Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia	
Avaliação da Rede de Unidades Básicas de Saúde com foco na Integralidade Questionário dos GESTORES			
1. No do Questionário:	2. Nome Entrevistador:	3. Data da Entrevista:	4. Hora Início:
5. Nome da Unidade de Saúde:	6. Distrito:	7. Turno: 1. Matutino 2. Vesp.	8. Hora Final:
V. Informações sócio-demográficas			
A1. Qual a sua idade? _____ A1.1 Data de nascimento: ____/____/____	A2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino	A3. Qual seu estado civil atual? ☐ casado(a) ☐ solteiro(a) ☐ união estável ☐ divorciado(a)/separado(a) ☐ viúvo(a)	
A4. Em qual dessas classificações você define sua cor? ☐ preta ☐ branca ☐ parda ☐ amarela ☐ indígena ☐ outra _____ —	A5. Qual sua escolaridade? ☐ Ensino fundamental (8ª série) incompleto ☐ Ensino fundamental (8ª série) completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Pós graduação completa? Qual _____ ☐ Não frequentou escola	A6 Qual sua profissão? A7 Tempo de serviço nesta unidade de saúde:	
A8 Já trabalhou anteriormente como gestor de unidade básica de saúde? () sim () não Por quanto tempo? _____			

VI. Questões sobre a dimensão das políticas específicas		
PE 2.1 Vocês desenvolvem por iniciativa do serviço algum projeto/atividade sobre os problemas de saúde mais frequentes da população da área? ()sim () não		
PE 2.2 Existe conselho local de saúde nesta unidade? ()sim () não		
VII. Questões sobre a dimensão da organização dos serviços e das práticas		
	SIM	NÃO
OSP 1.1 a Vocês fazem planejamento dos serviços/atividades? (se não, vá para a questão OSP 1.2)		
OSP 1.1 b O planejamento é feito continuamente (toda semana, toda quinzena, todo mês)?		
OSP 1.2 a Vocês fazem monitoramento (acompanhamento) da produção de serviços? (se não, vá para a questão 2.3)		
OSP 1.2 b O monitoramento (acompanhamento) é feito semanalmente?		
OSP 2.3 a Existem iniciativas de educação permanente para os profissionais que sejam ofertadas pela secretaria/distrito/unidade? (se não, vá para a questão OSP 2.4 a)		
OSO 2.3 b As iniciativas de educação permanente estão voltadas para o trabalho desempenhado pelos profissionais?		
OSP 2.4 a- Foi tomada alguma iniciativa de reorganização do processo de trabalho na unidade nos últimos três meses? (se não, vá para o item IV)		
OSP 2.4 b- Essas iniciativas foram tomadas com base na avaliação dos serviços?		
IV. Quantos e que profissionais trabalham nesta unidade?		
Categoria profissional	Tipo de Vínculo	Quantidade de profissionais
Agente comunitário de saúde	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Auxiliar de consultório dentário	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	
Auxiliar de enfermagem	Seleção pública	
	Concurso público	
	REDA	
	TAC	

Assistente social	Seleção pública				
	Concurso público				
	REDA				
	TAC				
Enfermeira	Seleção pública				
	Concurso público				
	REDA				
	TAC				
Médico	Seleção pública				
	Concurso público				
	REDA				
	TAC				
Odontólogo	Seleção pública				
	Concurso público				
	REDA				
	TAC				
Técnico de enfermagem	Seleção pública				
	Concurso público				
	REDA				
	TAC				
Psicólogo	Seleção pública				
	Concurso público				
	REDA				
	TAC				
Outro profissional de saúde (especificar)	Seleção pública				
	Concurso público				
	REDA				
	TAC				
Outros (que não são profissionais de saúde): vigilante, auxiliares de higienização, recepcionista, auxiliar administrativo, etc. (especificar quais e quantos).	Seleção pública				
	Concurso público				
	REDA				
	TAC				
Qual valor de 1 a 5 você atribui à confiança das respostas dadas por você nesta entrevista? Considere que 1 é pouco confiável e 5 é muito confiável	1	2	3	4	5

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

**TÍTULO DO PROJETO: AVALIAÇÃO DA REDE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
COM FOCO NA INTEGRALIDADE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Cristina Maria Meira de Melo (pesquisadora responsável) e o Grupo de Pesquisa GERIR da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia estamos convidando você a participar como entrevistado de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a rede de unidades básicas de saúde com foco na Integralidade no município de Salvador em 2009. Os resultados obtidos com esta pesquisa permitirão apontar as características das políticas de saúde específicas para a Atenção Básica, as práticas profissionais e a forma como estão organizados os serviços e as práticas de saúde. Os resultados obtidos a partir desta pesquisa podem também subsidiar mudanças no processo de trabalho e nas políticas de saúde. Não identificamos nenhum risco para você, caso aceite participar da pesquisa. A mesma é de conhecimento e conta com o consentimento do gestor máximo do SUS.

Se você consentir em participar responderá a um questionário. O material será arquivado pelas pesquisadoras por um período de cinco anos e após este período será destruído (queimado), ficando à sua disposição no Grupo de Pesquisa GERIR da Escola de Enfermagem da UFBA.

As pesquisadoras asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você que deu a entrevista, buscando respeitar sua integridade intelectual, social e cultural. Você pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa. Os pesquisadores e os entrevistados não serão remunerados pela participação neste estudo.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelo telefone (71) 3283-7623, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Após ter sido informada(o) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da pesquisa, bem como a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Sendo assim, se concordar, voluntariamente, em participar da referida investigação, assine o termo de consentimento, ficando com a cópia do mesmo.

Salvador, _____ de _____ de 20__.

Entrevistada(o)

Pesquisador(a)

