



**IMS** INSTITUTO  
DE MEDICINA  
SOCIAL

---

MESTRADO PROFISSIONAL  
EM ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

Análise das Práticas Assistenciais na Área de Saúde da  
Mulher nas Equipes do Programa Saúde da Família  
um Estudo de Caso em um Estado Selecionado

**Heloiza Machado de Souza**

ORIENTADORAS: PROF. DRA CELIA PIERANTONI E

PROF. DRA ZULMIRA HARTZ

---

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

**Gestão de Sistemas de Saúde**

---

**2002**



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO  
RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**



**ANÁLISE DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER  
NAS EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA  
UM ESTUDO DE CASO EM UM ESTADO SELECIONADO**

**Heloiza Machado de Souza**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadoras: Prof. Dra. Celia Pierantoni e  
Prof. Dra. Zulmira Hartz

Rio de Janeiro  
**2002**

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

S729 Souza, Heloiza Machado de.  
Análise das práticas assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do programa saúde da família: um estudo de caso em um estudo selecionado / Heloiza Machado de Souza – 2002 f.  
Orientadoras: Celia Regina Pierantoni, Zulmira Hartz.  
1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 2. Programa Saúde da Família – Avaliação – Teses. I. Pierantoni, Célia Regina. II. Hartz, Zulmira. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU614.39(81)

## RESUMO

O Programa Saúde da Família está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Considerado como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem demonstrado potencialidade para provocar um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção vigente.

Iniciado em 1994 apresenta um crescimento expressivo, principalmente nos últimos dois anos, quando atinge a cobertura de mais de 50 milhões de pessoas.

Visando analisar os componentes de estrutura e de processo na implantação das equipes de saúde da família, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde iniciou, em 2001, uma investigação denominada “Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família”. A partir das informações geradas neste Monitoramento, desenvolveu-se o presente trabalho.

O modelo utilizado neste estudo é do tipo avaliativo, que incorpora a avaliação normativa em seu componente de estrutura e processo e promove uma pesquisa avaliativa, privilegiando um dos três componentes da análise de implantação, ou seja, o que define os determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção. O procedimento escolhido é o estudo de caso único com níveis de análise imbricados, onde se considerou como unidade de análise as práticas assistenciais relativas à área de saúde da mulher nas equipes do PSF e o contexto de sua implantação em um estado previamente selecionado.

O estudo possibilitou classificar as equipes de acordo com o grau de implantação das práticas assistenciais na área de saúde da mulher. Verificou-se que a maioria das equipes apresenta graus intermediários de implantação, e um pequeno percentual encontra-se nos extremos das classificações *muito crítica* ou *adequada*; fatores como porte populacional e condição de gestão do município parecem não exercer influência nesta classificação; já a cobertura do programa nos municípios apresenta associação com os graus de implantação e aponta para a preocupação de um processo de expansão dissociado de condições de estrutura e processo necessárias ao bom desempenho das equipes; a carga horária de trabalho dos profissionais das equipes apresenta associação com melhores graus de implantação.

Esta análise, no entanto, requer aprofundamento metodológico no sentido de ampliar a validade do conteúdo da medida dos graus de implantação e de utilizar análise multivariada na verificação da influência dos elementos de contexto na implantação da intervenção.

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família; Atenção Básica; Monitoramento e avaliação; Avaliação do Programa de Saúde da Família; Análise de implantação.

## ABSTRACT

The Family's Health Program is in the ambit of a political and institutional decision context for the strengthening of the Primary Attention at the SUS (Unique Health System). Considered as a structuring strategy of the municipal health systems, it has showed potentiality to promote an important movement of re-organization of the current primary attention model.

Initiated at 1994, it has grown expressively, mostly in the last two years, when achieved more than 50 million people covered.

In order to analyze the structural components and the process of the implantation of the family health teams, the Primary Attention Department of the Secretary of Health Policy at the Ministry of Health initiated, at 2001, the investigation “Implementation and Operation's Monitoring of the Family Health Teams”. This present study was based in the results obtained from the mentioned monitoring.

The model used in this study is evaluative incorporating the normative evaluation at its structure and process component, giving special attention to one of the three components of implantation analysis: the one that defines the contextual determinants of the implantation degree of the intervention. The chosen procedure is the study of the unique case with overlapped levels of analysis, in which was considered as

analysis unit of assistance related to the woman's health area of the FHP teams and the context of its implantation in one federation's state previously selected.

The study made possible to classify the teams by the level of implementation of the practices of assistance in the woman's health area. It was verified that most of the teams are in intermediate levels of implantation being a small percentage at the extremes of the classifications very critical or adequate; factors like population and municipal management condition seem not to be influential in this classification, in the other side, the coverage of the program at the municipalities presents an association with the implantation levels, and leads to the concern of an expanding process dissociated from structure and process conditions that are necessary for a good performance of the teams; the amount of working hours of the teams presents an association with better implantation levels.

This analysis, however, demands a deeper methodological study, in order to enlarge the content's validity of the measure of the implantation degrees, and to use a diversified analysis in the verification of the influence of the context elements at the implantation of the intervention.

**Key-words:** Family's Health Program; Primary Attention; Monitoring and evaluation; Family's Health Program Evaluation; implantation analysis.

## APRESENTAÇÃO

A incorporação da avaliação dos serviços de saúde continua sendo um desafio para instrumentalizar as práticas e os processos decisórios de gerência e de gestão.

Para o Programa Saúde da Família, cujo crescimento foi expressivo nos últimos anos, torna-se imprescindível o aperfeiçoamento do processo de monitoramento e avaliação, com o objetivo de identificar as fortalezas e deficiências do processo de implantação.

Este estudo foi elaborado a partir de uma atividade de investigação denominada "Monitoramento da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família", desenvolvida em 2001/2002 pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Este "Monitoramento" permitiu a identificação e análise de componentes de estrutura das unidades básicas de saúde da família e do processo de trabalho de suas equipes, o que vem possibilitando aos gestores federal, estaduais e municipais a pactuação de um conjunto de medidas para o enfrentamento dos problemas identificados. No entanto, a metodologia adotada não permite a análise da implantação da intervenção.

Portanto, este é um estudo do tipo avaliativo que privilegia um dos três componentes da análise de implantação, ou seja, o que define os determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção. O procedimento escolhido é o estudo de caso único com níveis de análise imbricados, onde se considerou como unidade de análise as práticas assistenciais relativas à área de saúde da mulher nas equipes do PSF e o contexto de sua implantação em um estado previamente selecionado.

O primeiro capítulo aborda o PSF no cenário das reformas do setor, sua relação com o SUS e sua inserção no contexto internacional de valorização do primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde. Na seqüência, é apresentada a trajetória da expansão do PSF no Brasil, com a caracterização da cobertura nas regiões e nos municípios. Ainda neste capítulo, apresenta-se uma síntese dos instrumentos, estudos e pesquisas de iniciativas do Departamento de Atenção Básica/SPS/MS para a avaliação do PSF. Destaque é dado ao "Monitoramento da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família", com detalhamento da sua metodologia, em função de ter gerado o presente estudo.

O segundo capítulo traz os objetivos que o estudo encerra.

No terceiro capítulo, é descrita a estratégia do estudo e apresentada a conceituação ou referência teórica que estão sustentando o modelo teórico utilizado. Traz ainda a análise dos dados e a metodologia utilizada para a construção do escore que reflete o grau de implantação das práticas assistenciais na área de saúde da mulher. Apresentam-se também as variáveis que caracterizam o contexto e a adesão aos

princípios organizativos do Programa Saúde da Família, utilizadas na correlação com os graus de implantação da intervenção.

No quarto capítulo, é apresentado e discutido o resultado verificado. Inicia trazendo a classificação das equipes, de acordo com o grau de implantação das práticas assistenciais na área de saúde da mulher. Na seqüência, apresenta a análise da implantação sob o ponto de vista da relação entre o grau de implantação da intervenção e o contexto organizacional.

O quinto capítulo apresenta as considerações finais, que estão baseadas nos aspectos descritos no capítulo anterior. Relaciona as limitações deste estudo e apresenta recomendações que visam contribuir para o aperfeiçoamento da avaliação da implantação do Programa Saúde da Família no Brasil.

Ao final, se apresentam a referência bibliográfica e os anexos.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Programa de Saúde da Família – PSF está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde, cujos princípios posicionam o Brasil ao lado de países que pautam seus sistemas em valores de solidariedade e de cidadania, como a universalização e a adoção do conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado.

CAMPOS e BELISÁRIO<sup>1</sup>, citado por CAMPOS, CHERCHIGLIA e AGUIAR (2002, P. 70), afirmam que:

Apesar de evidentes progressos logrados na reformulação do arcabouço constitucional, da descentralização, do controle social e até mesmo recentemente da estabilização do financiamento, houve uma lacuna nos primeiros anos de implantação do Sistema Único de Saúde no que dizia respeito à modalidade de organização da atenção à saúde, ainda que necessariamente uma proposta como a contida na Constituição induzisse à valorização de uma atenção básica resolutiva, única forma de cumprir com o desiderato dos princípios pétreos do SUS, quais sejam a universalidade, a equidade e a integralidade.

A adoção, no início da década de 1990, da estratégia de Saúde da Família, como complemento do esforço feito pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, veio a apresentar uma resposta a este desafio (CAMPOS, CHERCHIGLIA e AGUIAR, 2002).

“Estes programas (PACS e PSF) estão provocando alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços. Desta forma, o PSF se constitui em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização” (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 16). Estes autores ainda afirmam que a partir de 1995/96, com a implementação desses novos programas, com a adoção de novas práticas gerenciais nos serviços de saúde e com o processo de formulação da Norma Operacional Básica (NOB/SUS-96), tem início o período de reforma incremental do SUS.

As contradições geradas no início da implantação do PSF fortaleceram o debate em torno das questões relativas às modalidades de financiamento das ações e serviços de saúde. Pelo sistema até então vigente, os municípios não tinham autonomia para gerir os recursos alocados na atenção básica. A transferência de recursos federais era vinculada à produção das unidades de saúde mediante um teto estipulado que não retratava as necessidades de saúde da população. O recurso destinado ao PSF era então calculado de acordo com a quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados pelas equipes, sem privilegiar as ações preventivas e educativas junto às famílias e à comunidade.

---

<sup>1</sup> CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, A. S. O Programa Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface: comunicação, saúde, educação 2001 agosto; 5(9):133-58.

Ainda segundo VIANA e DAL POZ (1998, p. 23), o PSF evidenciou que determinadas atividades não podiam ser remuneradas por procedimentos, adaptando-se melhor a uma remuneração *per capita*. Afir-mam ainda que o PSF foi peça importante para as mudanças propostas pela NOB/SUS 96, que em 1998 introduziu o Piso de Atenção Básica – PAB como modalidade de financiamento para a atenção básica. Calculado com base no número de habitantes de cada município (valor fixo *per capita*), o PAB ainda apresentava uma composição de recursos variáveis sob forma e incentivos para ações e projetos prioritários, com destaque para o PACS e PSF<sup>2</sup>.

Além do avanço enquanto modalidade de financiamento que rompeu com a lógica de remuneração de procedimentos, a implantação do PAB teve um caráter redistributivo dos recursos para a saúde<sup>3</sup>. A NOB/SUS-96 ainda fortaleceu significativamente a atenção básica através da definição de responsabilidades dos gestores municipais neste nível de atenção e da indicação do PSF como estratégia prioritária para mudança do modelo assistencial.

Em 1998, o PSF foi incluído como programa prioritário no Plano Plurianual (PPA) do Governo Federal. Essa medida certamente estimulou a adesão de gestores municipais ao programa, uma vez que a garantia de orçamento vinculado às metas de expansão explicitava a prioridade que já era anunciada nos discursos políticos.

As condições iniciais desfavoráveis à implantação do PSF, não somente no campo do financiamento, mas também na ausência de uma política adequada de formação de recursos humanos e na própria descrença da sua capacidade para induzir mudanças no modelo assistencial, sofreram transformações ao longo da sua trajetória. O PSF conseguiu reunir importantes atores do serviço, da academia e de organismos de apoio que agregaram contribuições de muito valor nestes oito anos de sua implantação.

Elevado à condição de estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, o PSF tem demonstrado potencialidade para provocar um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção vigente. Suas diretrizes apontam para uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços e ações de saúde, possibilitando maior racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial e resultados favoráveis nos indicadores de saúde da população assistida. O princípio operacional do PSF de adscrição de clientela proporciona vínculo das unidades básicas de saúde com a população, o que tem possibilitado o resgate da relação de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Isso tem se constituído como grande diferenciador do modelo tradicional de prestação de serviços de saúde.

Além disso, o PSF muda o enfoque da assistência à doença para o de promoção da saúde e, portanto, da qualidade de vida, exigindo do setor saúde uma ação articulada com outros setores da administração pública e com setores organizados da sociedade. As equipes de saúde da família induzem e potencializam esta articulação com as demais políticas públicas, necessárias para a construção de sistemas solidários que buscam a integralidade e a equidade da atenção à saúde das pessoas. Ao incentivar a participação das lideranças em todas as fases de operacionalização do PSF, as equipes valorizam as potencialidades locais e contribuem para a elevação do capital social das populações assistidas.

## 1.2. O PSF EM UM CONTEXTO MAIS AMPLO

A inserção do PSF de forma sistêmica nos serviços de saúde fortalece a atenção básica e coloca o Brasil em consonância com experiências internacionais onde existe evidência de que um sistema de saúde com forte base em atenção primária torna-se mais eficiente e equânime, mesmo em situações de grande iniquidade social.

---

<sup>2</sup> O valor repassado para cada equipe do PSF variava segundo as faixas do valor do PAB fixo de cada município, indo de R\$15 mil a R\$ 21 mil anuais por equipe; para o PACS foi fixado o valor de R\$1,5 mil anuais por agente. Esta fórmula foi substituída em 1998 por valores fixos por equipe (R\$28 mil/ equipe/ ano e R\$2,2 mil/ ACS/ ano), independente do valor per capita do PAB fixo. Em novembro de 1999 ocorre nova alteração, com a adoção de valores diferenciados em nove faixas, vinculados ao percentual de cobertura do PSF no município. Para o PACS é mantida a modalidade anterior. Tanto na segunda como na terceira alteração, ocorre ampliação nos valores do incentivo do PSF.

<sup>3</sup> Antes da implantação do Piso de Atenção Básica/PAB, 1.943 municípios faturavam até R\$ 5,00 por habitante/ano, com média de R\$3,33; enquanto que 269 municípios faturavam uma média de R\$22,00 por habitante/ano. Em 10 estados brasileiros, mais da metade de seus municípios faturavam menos de R\$5,00 *per capita* (5 estados da região Norte e outros 5 da região Nordeste). A partir da implantação dessa nova sistemática de distribuição de recursos, a relação entre o maior e o menor valor *per capita* caiu de 133% para 25%. Atualmente nenhum município recebe menos de R\$10,00/ano, por habitante, para prestar ações de serviços básicos de saúde.

“As terminologias “atenção básica” e “atenção primária” são utilizadas de forma diversa tanto em textos oficiais como em textos acadêmicos. São tratadas como sinônimos ou como conteúdos específicos e, a depender do autor, apresentam-se isoladamente ou ambos os termos como primeiro nível de atenção e porta de entrada de um sistema de saúde, programa de medicina simplificado nos moldes dos cuidados primários à saúde, estratégia de integração de sistemas de saúde, espaço tático operacional de reorientação de sistemas de saúde, estratégia de organização de serviços de saúde, e como concepção e teste de modelos assistenciais alternativos, entre outras (Belmar<sup>4</sup>; Castellanos<sup>5</sup>; Mendes<sup>6</sup>; Paim<sup>7</sup>; Starfield<sup>8</sup>; Testa<sup>9</sup>, citados por SAMPAIO e SOUZA, 2002).

Antes de uma questão semântica, essa discussão parece incorporar um grande viés ideológico, o que não é objeto de análise deste trabalho. Apenas para melhor contextualização do Programa de Saúde da Família, torna-se útil destacar aspectos referentes à trajetória histórica da Atenção Primária à Saúde - APS, considerando que a APS é colocada hoje como uma megatendência do setor saúde no mundo (RUBINSTEIN<sup>10</sup>, citado por SAMPAIO e SOUZA, 2002).

Esta contextualização está sistematizada por SAMPAIO e SOUZA (2002) da seguinte forma:

A APS evoluiu conceitualmente desde sua proposição inicial em 1920 quando Dawson tratou da organização dos sistemas de saúde, diferenciando níveis de atenção nos sistemas de saúde (STARFIELD, 1998). A base conceitual proposta, em que pese as críticas da inexistência de polaridade com a medicina flexneriana (SILVA Junior, 1998), foi a base teórica para reorganização dos serviços de saúde em muitos países com a atenção primária bem definida, distanciando-se evolutivamente dos sistemas com base flexneriana.

A decisão da OMS, na Conferência de Alma-Ata, de ter como meta de seus países membros a “saúde para todos no ano 2000”, em 1977, levou a definição de atenção primária como “uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade” (OMS, 1978).

Essa proposta reconheceu a atenção primária como parte essencial do sistema de saúde e especificou também alguns de seus componentes como educação sanitária, higiene ambiental, programas de saúde materno infantil, prevenção de enfermidades endêmicas locais, tratamento adequado dos traumatismos e enfermidades mais frequentes, disponibilização de medicamentos essenciais, promoção de nutrição racional.

Entretanto, a secundarização de temas como a hegemonia do modelo médico de mercado, o não envolvimento no cerne político e ideológico das questões apresentadas no informe final (Rodrigues, 1998) e a prescrição da APS como *panacéia de amplo espectro* foram considerados um equívoco na medida em que não levavam em conta a especificidade de cada país (Paim, 1998).

Experiências de diversos países possibilitaram a evolução e a melhor adequação desses conceitos. A classificação utilizada por Vuori em 1985, e detalhada por Starfield em 1993, coloca a APS como uma estratégia organizativa da atenção à saúde, definida pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem proporcionar, quais sejam: atenção generalizada, não restrita a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde; atenção acessível, integrada e continuada; trabalho em equipe; atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; atenção orientada à família e à comunidade; atenção coordenada, incluindo o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção, e apoio constante aos usuários nos aspectos relacionados com sua saúde e bem estar.

<sup>4</sup> BELMAR, R. Atención Primaria, principios e tareas; Enfoques en Atención Primaria, 5(2). P.22-24, 1990.

<sup>5</sup> CASTELLANOS, P.L. Sobre el concepto de salud-enfermedad: un punto de vista epidemiológico. Cuadernos Medicos Sociales. CESS, Rosario, Argentina: 42, p.15-24, dezembro de 1987.

<sup>6</sup> MENDES, E. V. Os Grandes Dilemas do SUS. Tomo II. Casa da Qualidade – ISC, Salvador, 2001.

<sup>7</sup> PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. CONFERÊNCIA REGIONAL: TENDÊNCIAS FUTURAS E A RENOVAÇÃO DA META SAÚDE PARA TODOS. Rio de Janeiro: UERJ, 1998b. 27p. – (Serie estudos em saúde coletiva; n. 175).

<sup>8</sup> STARFIELD, B. Avaliação de Programas e Sistemas de Atenção Primária: um enfoque da população, apresentado em La Plata – Argentina, março de 1998.

<sup>9</sup> TESTA, M. Pensar em Saúde. Porto Alegre, Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

<sup>10</sup> RUBINSTEIN, E. Introducción a la Medicina Familiar. Profam: Programa de Educación a Distancia da Medicina Familiar y ambulatoria 2ª ed. – Buenos Aires: Fundación MF, 2001.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde publica a Carta de Liubliana estabelecendo que os sistemas de saúde devam:

- Guiar-se pelos valores da dignidade humana, equidade, solidariedade, e ética profissional;
- Buscar a proteção e promoção da saúde;
- Centrar-se na população e facilitar que os cidadãos influam nos serviços de saúde que recebem e sejam responsáveis pela sua própria saúde;
- Dar ênfase à qualidade, incluindo a boa relação custo efetividade;
- Buscar sustentabilidade econômica para a cobertura de toda a população e o acesso equitativo;
- Orientar-se pela atenção primária.

Atualmente, quatro características têm sido colocadas como “próprias” da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, e coordenação (Starfield, 1998; 2001).

O *primeiro contato* nos remete à capacidade de acessibilidade, considerando a estrutura disponível no sentido de barreiras, sejam na própria unidade prestadora como exemplo das filas, sejam no transporte, ou mesmo na possibilidade de barreiras culturais ou lingüísticas. A proximidade dos serviços da residência dos usuários preconizada pelo Programa de Saúde da Família - PSF (Ministério da Saúde, 2001) é uma tentativa de facilitação desse primeiro contato.

Percebe-se que a cultura da procura direta pelo especialista e da livre demanda como símbolo da qualidade da atenção, própria do modelo médico hospitalocêntrico, começa a ser questionada. Alguns países como Austrália, Dinamarca, Finlândia, Inglaterra e Holanda restringem o acesso a especialistas ao encaminhamento do médico da atenção primária (Rubinstein, 2001). Esse fato tem repercussão direta nos custos e na eficiência do sistema.

A *longitudinalidade* poderia ser traduzida como a “relação mútua” entre o usuário e o profissional de saúde e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços. O vínculo e a responsabilização contidos nas propostas brasileiras aproximam-se desse conceito.

A *integralidade* envolve a capacidade dos serviços em oferecer o que está planejado para o mesmo. Diz respeito às ações programadas para aquele serviço e qual a sua adequação às necessidades da população, e sua resposta a essas demandas enquanto capacidade resolutive.

A *coordenação da atenção* diz respeito à capacidade do serviço em garantir o seguimento do usuário no sistema, ou a garantia da referência a outros níveis de atenção quando necessário.

Dessas características “próprias”, derivam três aspectos adicionais que são a centralização na família, a “competência cultural” e a orientação comunitária (Starfield, 1998).

A centralização na família nos diz do conhecimento dos seus membros e dos problemas de saúde dessas pessoas, bem como do reconhecimento da família enquanto espaço singular.

A competência cultural trata da capacidade de reconhecer as multiplicidades de características e necessidades específicas de sub-populações, que podem estar afastadas dos serviços pelas suas peculiaridades culturais como diferenças étnicas, raciais entre outras.

A orientação comunitária abrange o entendimento de que as necessidades se relacionam ao contexto social, e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento desse contexto social. Esse aspecto, bem como o anterior, tem como atores importantes para sua viabilização na experiência brasileira os agentes comunitários de saúde.

Na trajetória brasileira, os cuidados primários de saúde, ao assumirem na primeira metade da década de oitenta um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde, foram afastados das proposições elaboradas na VIII Conferência Nacional de Saúde (Paim, 1998). A recuperação da discussão da atenção primária e seu retorno à pauta de discussões confundem-se com a priorização nacional da atenção básica e da estratégia de saúde da família.

A partir da análise de documentos oficiais, de artigos, de pronunciamentos<sup>11</sup> e da própria oportunidade de participação da autora na operacionalização do programa, pode-se inferir que, do ponto de vista conceitual, a estratégia de Saúde da Família do Brasil está adequada às formulações teóricas e tendências internacionais de construção de modelos onde a atenção básica é a estratégia estruturadora de sistemas de saúde e destaca-se pelo fortalecimento da promoção da saúde como norteadora das ações intersectoriais, pela capacidade de estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com as famílias e comunidades e pela valorização da atuação multiprofissional. Para JACOBO FINKELMAN (2001), representante da Organização Pan Americana da Saúde no Brasil, “o Programa Saúde da Família do Brasil não é uma simples agregação do trabalho do médico, do enfermeiro, dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários; é uma força inovadora que, com o trabalho em equipe, está reformulando os paradigmas da Atenção Básica, ao combinar pelo menos quatro áreas específicas de intervenção, como a epidemiologia, a prevenção e o controle de doença prioritárias, o atendimento clínico e a promoção da saúde, o que cria uma sinergia cujos resultados se encontram acima de simples esforços individuais. Na prática, o PSF tem-se convertido em uma das principais forças motrizes para que o SUS se consolide, dentro dos princípios assinalados na Constituição Brasileira, como um serviço de saúde universal, solidário e integral, como um direito do cidadão e um dever do Estado”.

### 1.3. A EXPANSÃO DA COBERTURA DO PSF

Ao analisar sua história, é possível afirmar que o PSF encontra-se hoje em outro patamar, se comparado à segunda metade da década anterior, sendo na prática, em muitos municípios, uma estratégia de mudança do modelo de atenção, superando a discussão de “modelo simplificador” ou “política de focalização” nos moldes dos pacotes básicos implantados em outros países da América Latina (SAMPAIO e SOUZA, 2002).

No entanto, permanecem problemas estruturais que precisam ser permanentemente enfrentados para a efetiva mudança do modelo assistencial. A inadequação dos recursos humanos, o financiamento insuficiente, a baixa capacidade de gestão, a escassa institucionalização da avaliação são alguns exemplos que dão a dimensão dos grandes desafios ainda presentes.

Os aspectos de cobertura e de capacidade de produzir mudanças na organização dos serviços e na situação de saúde da população assistida devem ser ainda considerados como pilares de sustentação da adequação do programa.

Iniciado em 1994, o PSF apresenta um impulso expressivo no seu crescimento, principalmente nos dois últimos anos onde o número de equipes de saúde da família obteve um acréscimo de aproximadamente 90%. O GRÁFICO 1 apresenta a curva de crescimento do programa e relaciona os principais eventos políticos e gerenciais que podem ter contribuído para o caminho percorrido pelo PSF no período compreendido entre 1994 e junho de 2002<sup>12</sup>.

Nos primeiros quatro anos de sua implantação, o PSF assistia apenas a 3,51% da população brasileira, demonstrando que o nível de adesão de gestores municipais era bastante limitado.

Ao final do ano de 1998, este percentual praticamente dobra e atinge 6,57%. Neste período, novas administrações municipais tomam posse, o que pode significar a incorporação do PSF nas intenções de inovações das novas gestões. O Ministério da Saúde publica portarias que definem as normas e diretrizes do PACS e do PSF<sup>13</sup>, bem como a regulamentação do PAB<sup>14</sup>. Acredita-se que este conjunto de medidas de regulação possa ter contribuído para dar maior segurança às equipes disseminadoras dos ideais do programa. Também neste período se inicia a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação

---

<sup>11</sup> Cadernos Saúde da Família, Ministério da Saúde, nº 1, janeiro-junho/96; Revista Brasileira de Saúde da Família, Ministério da Saúde, números: 01 (novembro 1999), 02 (junho/julho 2000), 04 (janeiro 2002), edição especial (junho 2002); I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família, Relatório Final, Ministério da Saúde, 1999; Divulgação em Saúde para Debate, CEBES, N°21, dezembro 2000; Revista Brasileira de Enfermagem, v 53, n. especial, dezembro 2000; Guia Prático do Programa Saúde da Família, Ministério da Saúde, 2001; II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica / Saúde da Família, Relatório Final, Ministério da Saúde, 2001.

<sup>12</sup> Extraído do relatório de gestão 1998/2002 do DAB/SPS/MS (em elaboração).

<sup>13</sup> Portaria GM nº1886, de 18 de dezembro de 1997. Publicada no DOU em 22 de dezembro de 1997, aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF.

<sup>14</sup> Portaria GM nº1882, de 18 de dezembro de 1997. Publicada no DOU em 22 de dezembro de 1997, estabelece o PAB e sua composição.

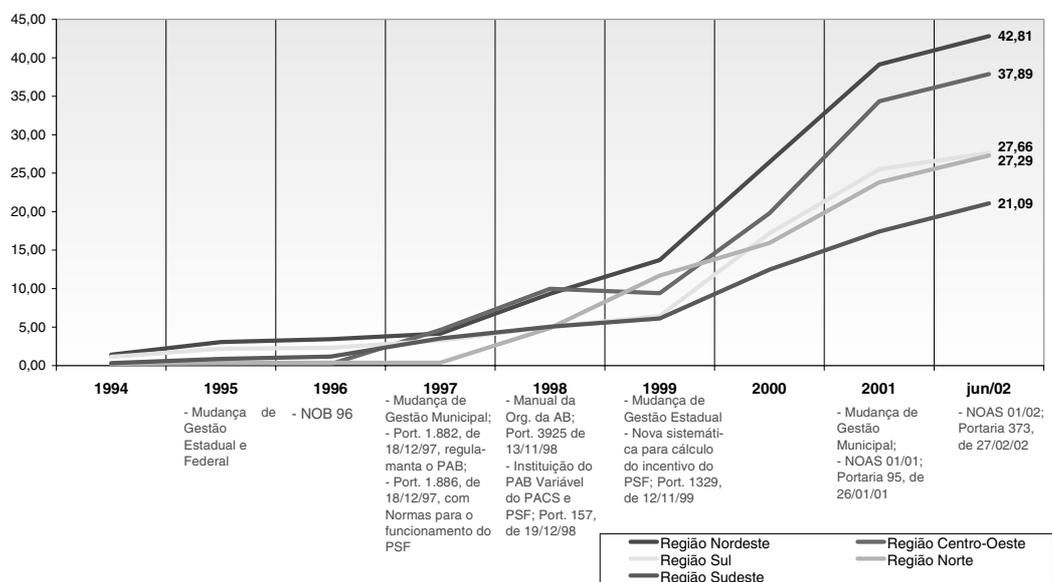
Continuada para os profissionais de saúde da família, que agregam o apoio das instituições de ensino superior para elevar a credibilidade do programa através da qualificação das suas equipes.

Em 1999, o PSF mantém o ritmo de crescimento, que certamente foi impulsionado pela introdução, no final de 1998, dos incentivos financeiros componentes da parte variável<sup>15</sup> do PAB. É importante lembrar que a partir deste período os programas foram incluídos no orçamento do Plano Plurianual do Governo Federal. Outra contribuição refere-se à publicação e disseminação, entre os gestores municipais, do Manual para a Organização da Atenção Básica<sup>16</sup>, que aponta o PSF como estratégia prioritária para a mudança do modelo assistencial.

Ao final de 1999, a cobertura do PSF atingia 8,95% da população. Entretanto, o crescimento mais expressivo ocorre a partir do ano 2000. A introdução de uma nova sistemática para o cálculo dos incentivos financeiros<sup>17</sup>, valorizando a cobertura populacional e reajustando os valores transferidos aos municípios, certamente foi um indutor para a expansão do número de equipes nos anos subsequentes.

Em junho de 2002, 4.011 municípios (72,13% do total de municípios brasileiros) possuem equipes do PSF. Deste total: 49,19% têm menos de 9,99 mil habitantes; 22,96% têm entre 10 e 19,99 mil habitantes; 23,34% têm entre 20 e 99,99 mil habitantes e 4,51% têm 100 mil ou mais habitantes.

GRÁFICO 1  
EVOLUÇÃO DA COBERTURA POPULACIONAL DO PSF NO BRASIL, POR REGIÃO, DE 1994 A JUN DE 2002



Fontes: IBGE - Estimativas populacionais para o TCU – Brasil

CAPSI - Sistema de Captação de Dados para Pagamento

Em termos de cobertura populacional, o PSF atingiu, neste período, cerca de 51 milhões de pessoas, ou 29% da população brasileira. Como pode ser visto no GRÁFICO 2, 33% deste total residem em municípios com população entre 20 e 99 mil habitantes. Os restantes da população cobertos estão divididos entre os demais municípios de forma semelhante, sendo 17% nos municípios com até 9,9 mil habitantes, 18% nos municípios de 10,0 a 19,9 mil habitantes, 17% nos municípios com população entre 100,0 e 499,9 mil habitantes e 15% nos municípios com 500 mil ou mais habitantes.

<sup>15</sup> Portaria GM 157, de 19 de fevereiro de 1998. Publicada no DOU em 02 de março de 1998, estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos municípios aos incentivos do PACS e do PSF.

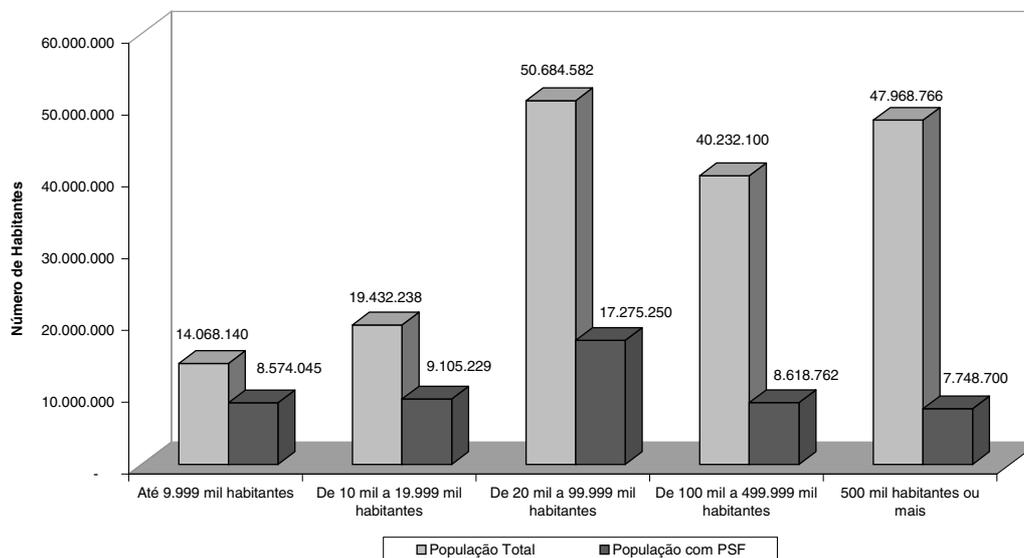
<sup>16</sup> Portaria GM 3925, de 13 de novembro de 1998. Publicada no DOU em 02 de fevereiro de 1999, aprova o Manual para Organização da Atenção Básica.

<sup>17</sup> Portaria GM nº 1329, de 12 de novembro de 1999. Publicada no DOU de 16 de novembro de 1999, estabelece nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao PSF, parte integrante do PAB.

Ressalta-se ainda que 1.152 municípios têm 100% de cobertura do PSF, sendo predominantemente de pequeno porte populacional. Já nos municípios com população maior que 100 mil habitantes, 16,34% possuem coberturas acima de 50% e somente 2,48% atingiram cobertura além de 80%.

GRÁFICO 2

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, SEGUNDO O PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS E A COBERTURA DO PSF, EM JUNHO DE 2002.



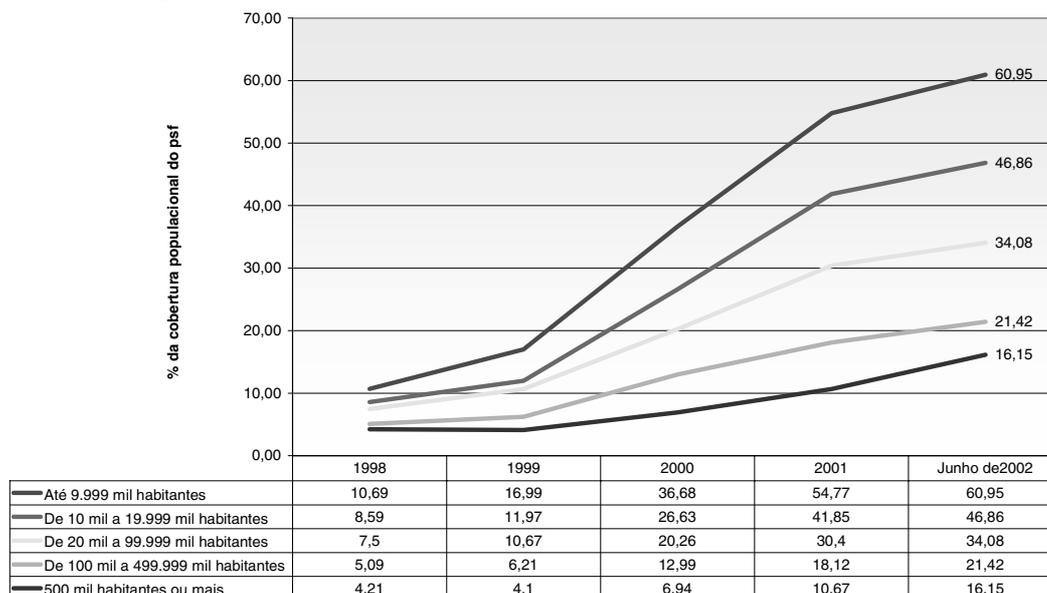
Fontes: IBGE - Estimativas populacionais para o TCU – Brasil

CAPSI - Sistema de Captação de Dados para Pagamento

A partir dos dados apresentados, percebe-se um considerável incremento quantitativo no PSF. No entanto, também é possível observar que o número de equipes ainda é insuficiente para uma adequada cobertura populacional, principalmente no que se refere às populações residentes nos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas. Pode-se observar no GRÁFICO 3, que a cobertura nesses municípios vem mantendo-se sempre abaixo da média.

GRÁFICO 3

EVOLUÇÃO DO % DE COBERTURA POPULACIONAL DO PSF, SEGUNDO PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS – 1998 A JUNHO DE 2002



Fontes: IBGE - Estimativas populacionais para o TCU – Brasil

CAPSI - Sistema de Captação de Dados para Pagamento

Ainda que a expansão do PSF nas grandes cidades se constitua como um dos mais importantes desafios da atualidade, é preciso reconhecer que uma série de medidas tomadas pelo Governo Federal contribuiu para o crescimento geral do programa, onde se destaca mais uma vez a sua inclusão no Plano Plurianual – Avança Brasil, com recursos orçamentários previstos para o alcance da meta de 24 mil equipes de saúde da família para o ano 2003, o que significa a possibilidade de atingir a cobertura de aproximadamente 50% da população brasileira.

É possível afirmar que existe, apesar da coexistência de inúmeros desafios ainda não superados, uma série de elementos favoráveis ao desenvolvimento e consolidação do PSF no Brasil neste momento. Elementos esses que passam:

- Pelo espaço político e institucional ocupado, não mais como “programa” na concepção tradicional, mas como estratégia estruturante da atenção básica com capacidade de provocar ou contribuir para a reorganização dos sistemas locais de saúde;
- Pela possibilidade de um incremento significativo de recursos através de financiamento externo que deve vigorar ainda em 2002, em complementação aos recursos orçamentários federais, onde haverá ênfase à expansão do Programa nos grandes centros urbanos;
- Pela adesão significativa não somente dos gestores municipais e estaduais, mas também das instituições de ensino superior enquanto parceiras na missão de qualificar os profissionais para este novo modelo;
- Pela oportunidade da implantação da Norma Operacional de Assistência – NOAS, que incorpora maior resolubilidade à atenção básica e possibilita a integralidade da assistência através da organização de redes de serviços regionalizados e hierarquizados.

#### **1.4. O PSF COMO INDUTOR DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

A institucionalização da avaliação dos serviços de saúde, enquanto ferramenta para a tomada de decisões, continua sendo um desafio em todos os níveis de gestão e de complexidade do sistema (HARTZ, 1999). No caso particular do Programa de Saúde da Família, torna-se imprescindível o aperfeiçoamento do processo de monitoramento e avaliação, com o objetivo de identificar as fortalezas e deficiências do processo de implantação.

Para CONTANDRIOPOULOS et al. (1997), “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Para o autor, uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Afirma ainda que, qualquer que seja a intervenção, ela pode sofrer dois tipos de avaliação. “Podemos, por um lado, buscar estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios. Trata-se então de uma avaliação normativa. Por outro lado, podemos querer examinar por um procedimento científico as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção. Trata-se então de pesquisa avaliativa”.

Para ROSSI e FREEMAN<sup>18</sup>, citados por CONTANDRIOPOULOS et al. (1997, p. 35), “todas as avaliações normativas se apóiam no postulado de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção”. CLEMENHAGEN e CHAMPAGNE<sup>19</sup>, também citados por CONTANDRIOPOULOS et al. (1997, p. 35), afirmam que “a avaliação normativa é uma atividade comum em uma organização ou um programa. Ela corresponde às funções de controle e de acompanhamento assim como aos programas de garantia de qualidade”. DUNN<sup>20</sup>, ainda citado por CONTANDRIOPOULOS et al. (1997, p. 45), considera que “a avaliação normativa tem como finalidade principal ajudar os gerentes a preencher suas funções habituais. Ela é normalmente feita por aqueles que são responsáveis pelo funcionamento e pela gestão da intervenção, faz parte da atividade natural de um gerente e deveria, portanto, ter uma forte validade pragmática”.

---

<sup>18</sup> ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. *Evaluation: A Systematic Approach*. Beverly Hills: Sage, 1985.

<sup>19</sup> CLEMENHAGEN, C.; CHAMPAGNE, F. Quality assurance as part of Program Evaluation: Guidelines for managers and clinical department heads. *Quality review Bulletin*, 1986.

<sup>20</sup> DUNN, W. N. Two faces of validity in the policy sciences. *Knowledge in Society*, 2(1), 1989.

O Departamento de Atenção Básica criou, no ano de 2000, a Coordenação de Investigação, atualmente denominada de Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Para MEDINA, AQUINO E CARVALHO (2000), esta iniciativa vai ao encontro da necessidade de priorizar o monitoramento e avaliação das ações e serviços que são ofertados à população do país, entendendo-se que o desempenho satisfatório do nível básico de atenção é crucial para o redirecionamento do modelo assistencial, imprimindo-lhe direcionalidade. Os autores afirmam ainda que, “ao priorizar e incorporar a avaliação como rotina, o Ministério da Saúde estimula o desenvolvimento de uma nova cultura institucional, capaz de reconfigurar as relações de trabalho em consonância com as propostas atuais de modernização administrativa, estimulando a co-responsabilidade entre profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde”.

Segundo HARTZ (2000), “a reorganização da Atenção Básica em Saúde, implementada pelo PSF, vem sendo monitorada por metas pactuadas com indicadores de morbi-mortalidade e produção de serviços dos sistemas de informação que lhe antecedem e do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, nas áreas do PSF”. A investigação avaliativa tem sido realizada através de estudos e pesquisas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, por agentes externos ou através de equipes mistas.

#### **1.4.1. A FUNÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA / SIAB**

O SIAB foi criado em 1998, a partir do Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – SIPACS, que foi criado para produzir informações sobre o acompanhamento das famílias e o processo de trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários.

É certo que a denominação do Sistema, como “da atenção básica”, não traduziu de forma adequada o seu escopo de abrangência. Ainda que fosse apresentada a possibilidade de sua utilização para locais que apresentassem um modelo de organização da atenção básica diferente do Saúde da Família, na prática a sua utilização restringiu-se às áreas de abrangência do PACS/PSF. Se isto pode ser apresentado como uma limitação do sistema desde o seu nascimento, é certo também que o SIAB produziu uma grande inflexão na forma de se conceber os sistemas de informação em saúde. Ao adotar como básicos os conceitos de território, problema e responsabilidade sanitária, inaugurou uma nova lógica de produção e de utilização da informação em saúde, permitindo: a micro-espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções; a utilização mais ágil e oportuna da informação; a produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas; a consolidação progressiva da informação partindo de níveis menos agregados para mais agregados.

Ao tempo em que se evidenciavam suas potencialidades, o processo de implementação do Sistema conviveu simultaneamente com um intenso processo de expansão da própria estratégia de Saúde da Família, e com uma profunda redefinição da organização no âmbito da atenção básica. Assim, às necessidades de superação de limites conceitualmente impostos, tais como a ampliação para todas as unidades básicas de saúde independente do modelo de atenção, agregavam-se àquelas decorrentes de ajustes naturais de qualquer processo de consolidação.

A finalidade do SIAB é produzir informações que possibilitem conhecer e analisar a situação de saúde, acompanhar a execução das ações e avaliar a transformação da situação de saúde. Caracteriza-se como um sistema de informação territorializado que coleta dados que possibilitam a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangência bem delimitadas: áreas e microáreas de atuação das equipes e dos agentes comunitários. Desta forma o sistema possibilita a microlocalização de problemas de saúde, ou seja, a identificação de desigualdades nas condições de saúde da população através da espacialização das necessidades e respostas sociais. Ao possibilitar a agregação das informações desde o nível local, possibilita agilidade para disponibilizar os indicadores (MEDINA, AQUINO E CARVALHO, 2000). Para os gestores municipais e equipes do PSF, o SIAB significa a possibilidade de uso de informações confiáveis para programar as ações locais. As informações sobre necessidades da comunidade, sobre a situação de saúde das famílias, sobre o cumprimento das metas estão disponíveis em tempo real. Isso representa oportunidade, aos gestores e aos profissionais, de tomar decisões em tempo real para o enfrentamento dos problemas.

Importante ressaltar que atualmente todos os municípios que possuem o PACS ou PSF implantados já informatizaram seu sistema. Isto significa informações de 4.956 municípios com mais de 70 milhões de pessoas cadastradas.

Para tornar-se efetivamente uma ferramenta de utilização ampla da atenção básica, o SIAB está passando por reformulações na sua concepção e na sua plataforma tecnológica. Trata-se de medida necessária para garantir a entrada única de dados com otimização da captura de dados referentes aos diversos programas da atenção básica, agilizando a rotina dos estabelecimentos de saúde e evitando a duplicidade de informações. Deverá realizar a integração com os Sistemas Cartão Nacional de Saúde (SCNS), de Regulação (Sisreg), do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (Scnes) e repositório de tabelas, bem como deverá contribuir para o aprimoramento das formas de gerenciamento e controle de ações realizadas.

#### **1.4.2. O PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA**

O monitoramento através de metas pactuadas vem sendo construído através do Pacto da Atenção Básica<sup>21</sup> desde 1999. O RELATÓRIO DE GESTÃO DA SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE 1998/2001 (2002) afirma que a implantação do Pacto foi de suma importância para articular em torno de um mesmo objetivo as práticas e percepções das diferentes áreas técnicas das secretarias estaduais e municipais de saúde e do próprio Ministério.

O Pacto foi, então, concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referente à atenção básica e um instrumento formal de negociação entre gestores das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), tomando como objeto de negociação metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. Ao fim de cada ano, municípios e estados têm seu desempenho avaliado em nível federal tendo em vista o cumprimento das metas pactuadas.

De 1999 a 2002, período em que foi implementado nacionalmente, o processo de pactuação apresentou alterações com relação à sua forma de condução e aos indicadores selecionados para avaliação. Num primeiro momento, a coordenação do processo de pactuação esteve sob a responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), órgão ligado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). No entanto, desde o ano 2000, ele passou a fazer parte da missão da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica.

Em 1999, o elenco municipal chegava a um total de 39 indicadores (21 para todos os municípios e 18 específicos para as áreas do PACS e PSF). No ano seguinte, esta relação foi reduzida para 30 indicadores (14 para todos os municípios e 16 específicos para as áreas do PACS e PSF) e em 2001 foram pactuados, no total, 17 indicadores para os municípios. Os indicadores estaduais, em geral, reproduziram os municipais, à exceção do ano de 2001, que apresentou dois deles exclusivos para os Estados, acrescidos aos 17 que eram comuns às duas esferas de gestão. Para 2002, 23 indicadores principais foram definidos para pactuação nacional. Os indicadores complementares compuseram uma relação de pactuação não obrigatória.

Dentre as estratégias utilizadas no processo de definição de indicadores e de pactuação, as oficinas de trabalho se destacaram ao longo destes anos. Elas são consideradas momentos privilegiados de discussão técnica e política sobre o Pacto e de construção de consensos. Desde 1998, o Ministério promoveu a realização de seis oficinas nacionais, que contaram com a participação de representantes das Secretarias Estaduais, dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde dos Estados (COSEMS) e de áreas técnicas do Ministério da Saúde.

A avaliação positiva dos participantes das oficinas, a melhoria da qualidade das notas técnicas, a criação de ferramentas (softwares) de apoio ao processo de pactuação, a reprodução pelos Estados de estratégia semelhante para avaliação regionalizada do Pacto são indicativos de que o processo tem, efetivamente, cumprido seu papel de mobilização e articulação com vistas ao desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria da qualidade da atenção básica. Além disso, é significativa a influência do Pacto na utilização dos dados dos sistemas de informação em saúde, o que contribuiu para a melhoria da qualidade das informações.

MEDINA, AQUINO E CARVALHO (2000) ressaltam que o processo de pactuação tem sido implementado de forma bastante diversa em âmbito nacional, apresentando matizes que mesclam as características de dois pólos. Eles podem ser denominados de “burocrático” e “dinamizador”, conforme apresentado no Quadro 1.

---

<sup>21</sup>Instituído pela Portaria GM 3925 de 13 de novembro de 1998, publicada no DOU em 02 de fevereiro de 1999, que aprova o Manual para Organização da Atenção Básica e regulamentado pela Portaria GM476 de 14 de abril de 1999, publicada no DOU em 22 de abril de 1999.

QUADRO 1  
CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO NO BRASIL

PACTO BUROCRÁTICO	PACTO DINAMIZADOR
Normativo.	Processo aglutinador de experiências e práticas que fortalecem a implementação do processo de municipalização do SUS.
Entendido como uma demanda do Ministério da Saúde aos Estados e Municípios.	Entendido como um instrumento qualificador do processo de gestão do SUS.
Pontual.	Utilizado cotidianamente para monitorar e avaliar ações e serviços de saúde.
Fragmentado.	Construído de forma articulada pelas três instâncias de gestão do SUS.
Sem uma efetiva articulação entre setores estratégicos das Secretarias.	Integrado ao processo de trabalho dos setores estratégicos das instâncias de gestão do SUS.
Sem um efetivo monitoramento pelos gestores.	Instrumento de monitoramento utilizado pelos gestores.
Sem visibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS.	Com visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS.

Fonte: MEDINA, AQUINO E CARVALHO, 2000

A categorização apresentada enfatiza os aspectos relacionados ao processo de pactuação. Ela substitui aqueles relacionados aos critérios, indicadores e desempenho dos Municípios e Estados, sendo que o texto assinala que o grande desafio posto é fazer a transição do pólo burocrático para o dinamizador (MEDINA, AQUINO E CARVALHO, 2000).

As mudanças observadas no processo de pactuação e no elenco de indicadores têm resultado, na verdade, do amadurecimento do próprio processo do Pacto, traduzindo, por um lado, um esforço crescente de buscar indicadores mais representativos e robustos na avaliação. É importante destacar que não se trata de avaliar ações específicas no âmbito da atenção básica, mas sim, de avaliar, através de indicadores específicos, globalmente esse nível de atenção, o que só é possível se o indicador apresentar qualidades para tal. Tais qualidades dizem respeito à sua sinteticidade, facilidade de cálculo, disponibilidade, poder discriminatório e robustez.

Em relação ao acompanhamento de estados e municípios com base no Pacto da Atenção Básica, pode-se observar que, apesar de a adesão ter sido bastante elevada, o desempenho ainda se encontra muito aquém do esperado e pode estar relacionado a duas ordens de fenômenos: um patamar ainda abaixo do desejável no que diz respeito à qualidade das ações no âmbito da atenção básica; e uma dificuldade estadual, municipal e federal na definição de metas. Dificuldade que reside na baixa qualificação para análise, no caso de alguns estados e municípios, e no estabelecimento de metas muito acima da capacidade de cumprimento.

Para estabelecer uma metodologia comum para a avaliação do Pacto, foi proposto, no ano de 2001, o Sistema de Monitoramento do Pacto da Atenção Básica – Simpacto<sup>22</sup>, que teve como objetivos: agilizar o processo de pactuação permitindo a digitação das metas e, através de uma ferramenta de geração de relatórios, desenvolver uma metodologia de acompanhamento e avaliação de desempenho dos indicado-

<sup>22</sup> Desenvolvido através da criação de um software de monitoramento em aplicação OLAP própria para captação de dados dos oito sistemas (SIAB, SINASC, SIM, SINAN, SIA/SUS, SIH/SUS, SI-PNI, IBGE) que dão suporte a construção dos indicadores da Atenção Básica. O Simpacto desenvolvido de forma off-line, em linguagem DELPHI articulado com o Caderno de Informações de Saúde.

res de saúde pactuados no nível nacional. Para aperfeiçoar este processo, o DATASUS-MS desenvolveu um padrão de Caderno de Informações de Saúde para os Indicadores do Pacto da Atenção Básica. O modelo de Caderno desenvolvido tem como objetivos: ler das bases nacionais os valores dos dados, gerar as séries históricas dos indicadores e disponibilizar as metas definidas propiciando o acompanhamento dos indicadores do município, estado e nível federal.

Em 2002, uma nova versão do sistema de monitoramento (Pacto – Sispacto)<sup>23</sup> foi disponibilizada, permitindo a inclusão de módulo municipal acessível a todos os gestores locais. Este sistema possibilita aos municípios e estados enviarem os dados via internet. Por funcionar on-line, permite que o processo de pactuação seja acompanhado e avaliado pelo estado e Ministério da Saúde simultaneamente e com muita rapidez.

É possível afirmar que o Pacto encontra-se em processo de amadurecimento e aperfeiçoamento em todas as instâncias de gestão do sistema. Atualmente, é utilizado como instrumento de avaliação para habilitação dos municípios nas condições da Norma Operacional da Assistência - NOAS – SUS 01/01, e mais do que isso está sendo gradativamente incorporado como instrumento de avaliação permanente pelos próprios municípios. No entanto, o Pacto ainda não está articulado com as Programações Pactuadas e Integradas - PPIs e a Agenda Nacional de Saúde, passo importante na indução da institucionalização do processo de avaliação em todos os níveis de gestão do sistema.

#### **1.4.3. AS PESQUISAS AVALIATIVAS NA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Ao longo da sua trajetória, o Departamento de Atenção Básica liderou uma série de iniciativas que resultaram em integração com diversas instituições de ensino e pesquisa para o desenvolvimento de ações de investigação. Este movimento foi impulsionado pela necessidade de ampliar as análises produzidas pelos instrumentos de monitoramento, a exemplo do SIAB e do Pacto da Atenção Básica, e também pela necessidade de qualificação da equipe técnica do próprio Departamento. Entendia-se assim que, ao se desenvolver estudos e pesquisas através de equipes externas e de equipes mistas, com metodologias participativas, estaria se desenvolvendo um processo de aprendizagem da equipe interna e de agregação de esforços para a institucionalização da avaliação. Além disso, seria uma oportunidade de ampliar a aproximação da academia e de instituições de pesquisa para maior compreensão do processo de organização da atenção básica, com ênfase na estratégia de saúde da família, e conseqüentemente gerar contribuições para sua implementação.

A seguir, apresenta-se uma síntese das principais iniciativas de avaliação do Programa Saúde da Família, desenvolvidas ou em desenvolvimento no período compreendido entre 1999 e 2002.

##### **1.4.3.1. AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PSF**

Esta pesquisa foi realizada no período de abril a julho de 1999, pelo Ministério da Saúde, através de integrantes da própria coordenação do PSF e de consultores externos, caracterizando uma equipe mista de avaliadores<sup>24</sup>. Respondeu demandas originadas na Coordenação de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde<sup>25</sup>, entre gestores estaduais e municipais, profissionais do setor e instituições parceiras, tendo em vista as metas propostas de ampliação para 20 mil equipes de saúde da família e 150 mil agentes comunitários de saúde para o ano 2002. Naquele momento o Programa contava com cinco anos de desenvolvimento, tendo apenas 3.119 equipes implantadas em 1.219 municípios de 24 unidades da federação.

Neste estudo, foram utilizados três instrumentos de coleta de dados: 1) roteiro para a entrevista com o Coordenador Estadual do PSF; 2) Questionário a ser respondido pelo Secretário Municipal de Saúde; 3) Questionário a ser respondido pela equipe de Saúde da Família.

---

<sup>23</sup> Disponível para consultas no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/pacto2002](http://www.saude.gov.br/pacto2002). Os gestores municipais e estaduais acessam a operação do sistema através de senha.

<sup>24</sup> Avaliação da implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família. Coordenação Geral de Maria Fátima Sousa – Coordenação de Saúde da Comunidade/SAS/MS. Coordenação Técnica de José Jorge Santos Pereira Solla – Instituto de Saúde Coletiva da Bahia e de Paulete Cavalcanti de Albuquerque – Secretaria Municipal de Saúde de Recife/PE. Publicada pelo MS em 2000.

<sup>25</sup> Estrutura anterior à criação do Departamento de Atenção Básica na Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

As perguntas formuladas nos três instrumentos buscavam conhecer aspectos da implantação e funcionamento do programa, que demonstrassem fortalecer a estratégia de atenção à saúde da família, assim como distorções que necessitassem de uma reorientação. Os principais aspectos levantados foram:

- O que motivou e como se organizou cada secretaria estadual e municipal para implantação do programa;
- Organização e responsabilidades das coordenações estaduais e municipais;
- Critérios de priorização dos municípios e formas de incentivos das secretarias estaduais de saúde;
- Processo e avaliação do funcionamento das equipes de saúde da família, por parte das Secretarias Estaduais de Saúde;
- Composição das equipes;
- Recrutamento e seleção das equipes;
- Remuneração salarial de cada categoria profissional;
- Principais investimentos feitos pelos municípios, para assegurar a implantação do programa;
- Atividades realizadas pelas equipes e as condições de trabalho para realizá-las com qualidade;
- Opinião dos coordenadores estaduais, secretários municipais de saúde e equipes sobre os benefícios do programa para a população e as dificuldades enfrentadas.

A avaliação identificou avanços na implantação do PSF. Como exemplo, pode-se citar a ampliação da oferta de ações na área de abrangência das equipes, significando ampliação de acesso da população às ações de atenção básica. Por outro lado, foram identificadas inúmeras situações que exigiam providências dos diferentes níveis de gestão para que o PSF pudesse avançar com qualidade na direção das metas de expansão. Os problemas identificados reafirmavam preocupações de origem estrutural, como a inadequação dos vínculos contratuais dos profissionais de saúde ou deficiências de infra-estrutura da rede básica. Também desvendavam situações geradas pela recente operacionalização do programa, como a pulverização na implantação das equipes, gerando baixa cobertura populacional no interior dos municípios.

Como exemplo de medidas tomadas pelo gestor federal para enfrentamento de problemas identificados, pode-se citar a mudança, em novembro de 1999, da lógica de repasse dos incentivos financeiros federais referentes ao PSF. Através da nova sistemática, os municípios passaram a receber incentivos financeiros diferenciados, de acordo com a cobertura do programa no município. Outra medida importante foi a incorporação de um incentivo financeiro fixo e pontual para a recuperação das deficiências de infra-estrutura identificadas nas unidades básicas de saúde da família. Também a ampliação do fornecimento de medicamentos para as unidades básicas de saúde da família com a incorporação do “Programa Farmácia Popular”<sup>26</sup> e a oferta de capacitações aos profissionais, através da expansão do número de Pólos de Capacitação<sup>27</sup>, foram medidas influenciadas pelos resultados desta avaliação.

Esta pesquisa foi muito importante para “levantar *bandeiras rojas* que advertem os gerentes oportunamente sobre desvios do programa de trabalho” (MOKATE, 2002). No entanto, limitou-se como diagnóstico de um momento da implantação, uma vez que as equipes gestoras não foram capazes de apropriar-se do banco de dados e, a partir deles, construir uma metodologia ou gerar instrumentos que permitissem acompanhar a evolução da situação verificada.

#### **1.4.3.2. AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

Esta pesquisa, de iniciativa do Departamento de Atenção Básica, foi desenvolvida por uma equipe de pesquisadores do Núcleo de Recursos Humanos para o SUS/Escola Nacional de Saúde Pública/

---

<sup>26</sup> Implantado em 2001, o Programa Farmácia Popular amplia os benefícios da Farmácia Básica. Este programa envia, trimestralmente às equipes do PSF, um kit com 32 itens de medicamentos essenciais para a atenção básica.

<sup>27</sup> Pólos de Capacitação em Saúde da Família representam a articulação entre instituições de ensino superior e de serviços de saúde estadual e/ou municipal com o objetivo de ofertar processos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais que compõem as equipes de saúde da família.

Fundação Oswaldo Cruz<sup>28</sup> durante o ano de 1999. Objetivando traçar o perfil sócio demográfico e econômico daqueles que atuam no PSF, foram levantados dados sobre aspectos sociais, de formação profissional, de mercado de trabalho e também da satisfação no trabalho. O instrumento de coleta de dados foi de caráter múltiplo com perguntas abertas, fechadas e semi-abertas, permitindo colher o máximo de informações do profissional. A seguir destacam-se alguns resultados extraídos do relatório final da pesquisa:

- Poucos profissionais referiam ter concluído algum curso de especialização: apenas 39,53% dos médicos e 35,49% dos enfermeiros. O número de profissionais com titulação *stricto sensu* era ainda mais reduzido: 2,43% dos médicos e 1,45% dos enfermeiros tinham mestrado ou doutorado;
- Apesar de muitos profissionais referirem acesso a informações atualizadas, quase a totalidade expressava necessidade de maior aprimoramento técnico científico. As principais modalidades sugeridas eram: curso de especialização (27,85%); cursos de curta duração – capacitação (23,29%); cursos *strictu sensu* – mestrado/doutorado/pós-doutorado (19,23%). Os cursos à distância eram sugeridos apenas por 2,54% dos profissionais;
- 45,88% dos médicos e 43,67% dos enfermeiros estavam incorporados ao PSF por meio de contratos temporários. À exceção das regiões Sul e Centro-Oeste, nas demais regiões predominava a precariedade dos vínculos empregatícios;
- 68,36 dos médicos e 59,60% dos enfermeiros consideravam sua atividade desgastante. O vínculo precário era um dos motivos alegados como geradores de desgaste profissional. Também o excesso de trabalho, a falta de materiais e medicamentos, a dificuldade de acesso às áreas de trabalho, a baixa remuneração, a falha no sistema de referência e contra referência eram apontados como causas de desgaste;
- Aproximadamente 98% dos profissionais consideravam estar contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população através da atuação no PSF. Quase a totalidade dos profissionais tinha visão positiva do seu trabalho, uma vez que apenas 1,72% o consideravam de maneira pessimista e 0,73% como demagógico. Um estudo anterior, realizado pela FIOCRUZ e Conselho Federal de Medicina sobre médicos no Brasil (MACHADO et al: 1997), apontava o contrário, ou seja, que os médicos estavam desesperançados e desiludidos tanto com o sistema de saúde tradicional quanto com o seu futuro na profissão.

Esta pesquisa gerou informações importantes para subsidiar decisões voltadas à qualificação, à gestão e a regulação dos recursos humanos inseridos no PSF. Questões relacionadas ao vínculo e remuneração dos profissionais reafirmaram um problema que já era estrutural do próprio sistema, mas que ganhava maior visibilidade com a implantação do PSF. Foram úteis nos debates com gestores e Ministério Público do Trabalho acerca de modalidades de contratação.

As informações relativas à qualificação dos profissionais subsidiaram o planejamento dos Pólos de Capacitação, que naquele período encontravam-se em fase incipiente de estruturação. A decisão de ampliar a oferta de cursos de especialização e de residência em saúde da família foi uma resposta à demanda constatada.

#### **1.4.3.3. FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Esta pesquisa foi realizada pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade de Campinas (NEPP/UNICAMP)<sup>29</sup> em convênio com o Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2002.

<sup>28</sup> Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil / publicada em 2000 pelo Ministério da Saúde. Pesquisa financiada com recursos de convênio entre MS e FIOCRUZ. Coordenada pela Prof. Dra Maria Helena Machado.

<sup>29</sup> Pesquisa realizada sob a coordenação técnica científica da Prof. Dra Regina Marta Barbosa Faria.

A implantação dos Pólos de Capacitação<sup>30</sup>, iniciada em novembro de 1997 após processo seletivo regulamentado em edital público do Projeto REFORSUS<sup>31</sup>, foi uma estratégia para enfrentar um dos grandes obstáculos para a implantação do PSF no Brasil: a inadequação dos recursos humanos disponíveis no mercado de trabalho, bem como daqueles que ainda estão em formação.

A partir da potencialidade demonstrada pela implantação dos primeiros dez Pólos e considerando a velocidade de expansão das equipes do PSF, em 1999 o Ministério da Saúde expandiu a estratégia dos Pólos para todos os estados da Federação. Desta forma, considerou-se indispensável a realização de um processo avaliativo que pudesse apreender com profundidade o grau de aproximação ou de distanciamento da prática com os princípios e a missão inicialmente a eles definidos.

A investigação coordenada pelo NEPP/UNICAMP foi desenvolvida em três etapas principais:

- a primeira caracterizava-se por uma análise da situação existente nos Pólos, norteadas pelo exame de documentos e pela sistematização das opiniões dos profissionais que atuam nos Pólos. O resultado desta etapa é um documento analítico que caracteriza os Pólos em função de suas atividades e potencialidades, de sua estrutura organizacional e de seu modelo de gerenciamento, seus objetivos e diretrizes de atuação;
- a segunda caracterizou-se pelo levantamento da situação real das equipes de saúde da família, na qual os conhecimentos transmitidos devem ser utilizados. Equipes do PSF foram acompanhadas, em campo, para permitir o conhecimento e sistematização de suas necessidades operacionais, dos recursos existentes e dos níveis de aplicabilidade dos conhecimentos que possuem;
- a terceira etapa constitui o acervo de informações, de modo a permitir o equilíbrio entre a oferta de capacitação e a demanda dos beneficiários e do sistema. Nesta etapa, realizaram-se reuniões com todos os atores envolvidos no processo de implantação do PSF e de capacitação de suas equipes.

Todas as etapas da investigação foram desenvolvidas com intensa participação das instituições envolvidas. Para o Departamento de Atenção Básica o contato permanente com a equipe avaliadora possibilitou a apropriação de resultados, que, mesmo preliminares, contribuíram significativamente para a tomada de decisões gerenciais. A identificação ou confirmação de problemas como a insuficiência de oferta das capacitações, a grande demanda reprimida para os cursos introdutórios e os de temática específica e a baixa institucionalização dos Pólos subsidiaram, em 2002, a formulação do Plano Nacional de Descentralização dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família<sup>32</sup>, que incorpora estratégias de descentralização para a adequação quantitativa e qualitativa da oferta de capacitações.

#### **1.4.3.4. PESQUISA “DETERMINAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CUSTO DO PSF”**

Esta investigação foi coordenada pelo consórcio Epos Health Consultants/Fundação Getúlio Vargas e realizada através de recursos do Projeto REFORSUS. Desenvolvida no período de 2000 a 2001, teve como objetivos: desenvolver uma metodologia para apuração dos custos do PSF; determinar o custo do PSF nos municípios selecionados em cinco regiões do país; determinar o custo por habitante coberto pelo programa; determinar o custo unitário do atendimento dos profissionais da equipe básica do PSF; determinar o custo da equipe ampliada do PSF e determinar o custo médio do PSF nos municípios, regiões e Brasil.

A área de determinação de custos ainda possui um desenvolvimento bastante tímido no setor saúde, principalmente na área de atenção básica, uma vez que a maioria dos estudos e metodologias existentes estão voltados ao setor hospitalar. Este estudo tem, portanto, caráter inovador e vem requerendo maior apropriação das equipes técnicas e gestores municipais para viabilizar a aplicabilidade da proposta

---

<sup>30</sup> Os Pólos são definidos como a articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior, que se consorciam ou celebram convênios com Secretarias de Estado e/ou Secretarias Municipais de Saúde para implementarem programas destinados ao pessoal vinculado à prestação de serviços em Saúde da Família. Trata-se, portanto, de uma rede de instituições comprometidas com integração ensino-serviço voltada para atender a demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família.

<sup>31</sup> O primeiro edital do Projeto REFORSUS visando à criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Pessoal e Saúde da Família foi publicado no Diário Oficial da União em 12/12/96.

<sup>32</sup> Plano elaborado pela equipe do DAB/SPS/MS e submetido à discussão com Conselho de Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e Conselho de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS.

metodológica. O Departamento de Atenção Básica iniciou, no segundo semestre de 2002, um desdobramento da pesquisa cruzando os dados de custos com os valores do Piso de Atenção Básica dos municípios pesquisados.

#### **1.4.3.5. PESQUISAS DEMANDADAS PELO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA - PROESF**

O grande desafio colocado para a consolidação do PSF enquanto estratégia estruturante do sistema de saúde é a expansão de sua cobertura nos grandes centros urbanos. Nas áreas de maior concentração populacional, a desigualdade e heterogeneidade quanto às condições econômico-sociais refletem-se também no desigual acesso e utilização dos serviços de saúde. Nos grandes centros urbanos, em que pese a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, há que se ressaltarem as limitações quanto à qualidade e capacidade de respostas dos serviços.

Segundo DAIN (2002), apesar das diversas mudanças ocorridas nos últimos anos nas condições políticas e institucionais, nos mecanismos indutores através do financiamento e da crença quase unânime de que o PSF se constitui na saída para organizar o SUS, foram poucos os municípios e cidades com sistemas de saúde complexos, onde o Programa foi introduzido como uma estratégia substitutiva do modelo assistencial. Na grande maioria das cidades de médio e grande porte, o PSF persiste com as características de uma estratégia de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada a grupos populacionais de maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias. A autora ainda afirma que a expansão do PSF nos grandes centros urbanos constitui-se em um desafio a ser enfrentado e condição tanto para elevações mais significativas de sua cobertura populacional como para que o Programa possa realmente vir a ser um elemento central na transformação do modelo assistencial do país.

Para enfrentar este desafio, o Ministério da Saúde está, através de acordo de empréstimo com o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, agregando recursos financeiros para o PSF através do Projeto de Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da Família – PROESF<sup>33</sup>. Desta forma, serão ampliadas as possibilidades de organização das equipes/unidades básicas, buscando integrar procedimentos de média e alta complexidade, alterar tecnologias de gestão, operar sistemas de referência e contra-referência, implementar e distribuir insumos e serviços de suporte em geral, imprimindo assim maior resolubilidade ao sistema.

Este projeto contempla duas grandes vertentes de abordagem no que diz respeito aos municípios:

- A primeira refere-se à proposta de substituição do modelo tradicional de organização de serviços de atenção básica pela estratégia de saúde da família, direcionando os investimentos para municípios com população maior que 100 mil habitantes;

- A outra vertente está relacionada para toda a população brasileira coberta pelo PSF, concentrando os investimentos em Desenvolvimento de Recursos Humanos e Monitoramento e Avaliação do programa.

Para que os recursos possam ser aplicados da forma mais eficiente e eficaz, torna-se necessário agregar conhecimentos sobre as potencialidades, as oportunidades e os fatores limitantes para provocar a conversão<sup>34</sup> do modelo assistencial nas grandes cidades. Para isto, durante o ano de 2001 foram demandados e encontram-se em desenvolvimento alguns estudos e pesquisas, a saber:

- **Indicadores de Monitoramento da Implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos<sup>35</sup>**

---

<sup>33</sup> O PROESF está planejado para ser desenvolvido em sete anos, distribuídos em três fases: a 1ª, de setembro/2002 a dezembro/2004, com valor de US\$ 136 milhões; a 2ª, de janeiro/2005 a dezembro/2006, com valor de US\$ 242 milhões e a 3ª fase, de janeiro/2007 a dezembro/2008, com valor de US\$ 172 milhões. O total previsto de US\$ 550 milhões é composto de 50% de recursos do BIRD e 50% de contrapartida do governo brasileiro.

<sup>34</sup> Segundo Dain (2000), entende-se por conversão do modelo assistencial nas grandes cidades a adoção de processos sustentáveis de mudança e a implantação de instrumentos de transformação que viabilizem a operacionalização de um sistema de atenção hegemônico com as seguintes características: apoiado nos princípios de saúde da família; baseado nos conceitos de risco social e epidemiológico; na noção de território; no fortalecimento dos vínculos entre a população usuária e os serviços; na desburocratização; na equidade; na racionalização do acesso aos cuidados (sejam eles de baixo ou alto grau de incorporação de tecnologias instrumentais); na transformação dos processos de trabalho e nas práticas dos profissionais de saúde; no desenvolvimento efetivo de ações intersetoriais e de promoção de saúde; e, finalmente, na introdução de sistemas de avaliação e monitoramento das ações compatíveis com as mudanças indicadas e acessíveis ao escrutínio da população.

<sup>35</sup> Pesquisa coordenada pela Prof. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Esta investigação tem o objetivo de conhecer o modo de funcionamento e o papel do PSF na (re)organização da atenção básica. Objetiva ainda criar indicadores de monitoramento do processo de implantação do PSF nos grandes municípios e formular recomendações para o aperfeiçoamento do processo de implantação do PSF nesse universo particular.

Esta investigação já concluiu e já apresentou, como produto parcial, a metodologia adotada para a criação de uma tipologia dos municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo seu modelo de atenção básica e adoção do PSF. Estão sendo analisados e consolidados os dados referentes aos questionários enviados aos secretários municipais de saúde e coordenadores do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes, para conclusão do estudo.

- **Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades: Padrões de Custo e Financiamento**<sup>36</sup>

Este estudo foi concluído durante o ano de 2002. Teve como objetivo analisar as estratégias de financiamento e os padrões de custos referentes à reestruturação da atenção básica apoiada no PSF, de modo a propiciar o entendimento do projeto de conversão do modelo assistencial de saúde em grandes cidades. O projeto foi centrado na totalidade de municípios brasileiros com população superior a 100 mil habitantes.

Destinou-se especificamente a subsidiar a formulação do Componente 1 do PROESF, através da caracterização das categorias de gasto, das linhas de investimento e das ações de financiamento que traduzem as necessidades e demandas financeiras dos municípios para empreender as ações transformadoras requeridas.

- **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos**<sup>37</sup>

Esta investigação, desenvolvida através da metodologia de estudos de casos, tem como objetivo analisar fatores facilitadores e limitantes da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre a ESF e a comunidade, à conversão do modelo de atenção à saúde nas unidades básicas e à sua articulação com a rede de serviços de saúde.

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

### **1.5.A INVESTIGAÇÃO “MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA” COMO INDUTOR PARA REALIZAÇÃO DO PRESENTE ESTUDO**

A expansão significativa do número de equipes de saúde da família nos últimos anos fez com que se expandisse também a preocupação do Departamento de Atenção Básica/SPS/MS com a análise da situação de implantação do programa. Freqüentemente, a equipe gestora se perguntava: “a expansão do programa está sendo acompanhada de condições necessárias ao bom desempenho de suas equipes?”; “a implantação atende às diretrizes do programa?”.

Com estas indagações e constatando a ausência de um processo regular e homogêneo de acompanhamento dos municípios pelas equipes estaduais, decidiu-se em 2001 pela realização do Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil.

Semelhante ao processo desenvolvido em 1999, quando foi realizada a avaliação da implantação e funcionamento das equipes do PSF, esta investigação encontra-se inserida no processo de avaliação normativa do programa. Visa obter a análise de componentes de estrutura e de processo na implantação

<sup>36</sup> Estudo coordenado pela Prof. Dra. Sulamis Dain, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

<sup>37</sup> Estudo desenvolvido através do Núcleo de Estudos Políticos-Sociais em Saúde – NUPES/ENSP/FIOCRUZ, sob a coordenação da Prof. Dra. Sarah Escorel.

das equipes de saúde da família, bem como a identificação de fatores que possam exercer influência na implantação do programa e, conseqüentemente, no alcance de seus objetivos e resultados.

Esta investigação, realizada em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, a partir junho de 2001, teve como alvo 100% das equipes implantadas. Em dezembro do mesmo ano, concluída a sua primeira fase, o monitoramento abrangeu 4.814 equipes de nove unidades da federação, com diferente distribuição regional. Em 2002, a coleta de dados estendeu-se para todos os Estados, sendo concluída no início do segundo semestre com êxito no cumprimento de cobertura da totalidade de equipes implantadas, o que representou em números absolutos 13.973 equipes.

Considerou-se como “equipe implantada” aquelas inseridas, no mês anterior à aplicação dos instrumentos, nos bancos de dados que geram informações para transferência de recursos financeiros de incentivos federais do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

A coleta de dados foi realizada através de um instrumento elaborado pela equipe técnica do DAB, que se constituiu em um questionário semi-estruturado (denominado “Roteiro de Observações para equipe de Saúde da Família”, que se encontra no ANEXO I) aplicado em todas as equipes do PSF, e que buscava a identificação de elementos dos seguintes agrupamentos:

- A) Identificação das Equipes de Saúde da Família;
- B) Implantação da equipe;
- C) Infra-estrutura da unidade básica de saúde;
  - i. Área física
  - ii. Equipamentos
  - iii. Medicamentos
  - iv. Materiais de consumo e insumos
- D) Processo de trabalho das equipes
- E) Acesso aos serviços e procedimentos
- F) Recursos humanos
  - i. Vínculo contratual
  - ii. Jornada de trabalho
  - iii. Remuneração
  - iv. Capacitação

Os dados foram coletados nas próprias unidades básicas onde atuam as equipes de saúde da família. O questionário foi aplicado por entrevistadores selecionados e capacitados pelo Ministério da Saúde, através de um Manual de preenchimento do Roteiro de Observações.

Após a tabulação e análise estatística dos dados, o DAB/SPS/MS elaborou relatórios individuais, por Estado, que foram remetidos para as Secretarias Estaduais de Saúde e Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS. Na seqüência, foram realizadas reuniões entre as equipes técnicas e gerenciais destas instâncias com a finalidade de discutir e definir encaminhamentos de curto e médio prazo. No primeiro grupo, estão as medidas de suspensão de transferência de recursos de incentivos federais aos municípios onde a avaliação identificou graves distorções<sup>38</sup> quanto às normas e princípios estabelecidos ao PSF. No segundo, de médio prazo, está o conjunto de medidas voltadas à melhoria do processo de trabalho das equipes e da estrutura das unidades básicas de saúde.

Este monitoramento tem avançado em relação aos limites da avaliação similar realizada em 1999<sup>39</sup>, pois vem possibilitando uma ação articulada entre gestores federal, estaduais e municipais na busca de alternativas de enfrentamento às distorções e problemas identificados. Importantes iniciativas já surgem

---

<sup>38</sup> Equipes sem o profissional médico ou enfermeiro, sem área física para atendimento ou que não cumprem carga horária de 40 horas semanais.

<sup>39</sup> Avaliação da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família. Ministério da Saúde, 1999.

de equipes estaduais no sentido de dar continuidade ao processo de monitoramento, o que nos permite afirmar que este trabalho está agregando esforços e contribuindo para a institucionalização da avaliação nesta instância de coordenação e gestão.

Por outro lado, esta estratégia mantém limitações de investigações anteriores. Os relatórios têm gerado informações relativas apenas à frequência dos elementos observados nas equipes, sejam dos componentes de estrutura e processo, sejam referentes ao cumprimento de normas e diretrizes do programa ou ainda ao seu contexto de implantação. A metodologia de análise até então adotada não possibilita a interpretação do grau de implantação da intervenção. Desta forma, também não permite que se explique como a adesão às normas e princípios do programa ou como os fatores contextuais podem exercer influência na implantação do programa, ou seja, não tem sido suficiente para explicar as variações encontradas nas diferentes realidades.

Em parte, esses limites são inerentes à própria abordagem de monitoramento, que, segundo DENIS e CHAMPAGNE (2000), se limita a medir o grau de implantação de uma intervenção, não havendo investigação entre as variáveis na implantação e os efeitos trazidos pela implantação, nem explicação das variações na implantação da intervenção.

Esta não é uma questão de fácil enfrentamento, uma vez que a experiência de avaliação de implantação de programas com a análise da influência do contexto na implantação das intervenções e nos seus resultados ainda não apresenta acúmulo significativo em nosso meio de trabalho. No entanto, este é um limite que precisa e pode ser superado na medida em que se amplie a utilização de metodologias que utilizem padrões e construção de escores para analisar e classificar a implantação das intervenções.

Este estudo parte de uma base de dados que possibilita utilizar a frequência das suas variáveis para definir pontuações e construir escores para a análise e classificação do grau de implantação das práticas assistenciais na área de saúde da mulher, nas equipes avaliadas. No entanto, para ultrapassar os limites do monitoramento, é necessário compreender os fatores contextuais que produzem interações sinérgicas ou antagônicas com os graus de implantação da intervenção. É com esta direcionalidade que este estudo espera identificar variações nos graus de implantação das equipes de saúde da família e compreender alguns fatores que possam explicar as diferenças encontradas. Desta forma, espera-se agregar contribuição para a superação de limites na avaliação de implantação de programas.

## **1.6. PRESSUPOSTOS FUNDAMENTAIS**

Os pressupostos deste estudo enunciam-se da seguinte forma:

- As equipes de saúde da família apresentam variações no grau de implantação das práticas assistenciais na área de saúde da mulher;
- O grau de implantação da intervenção analisada é condicionado por elementos que caracterizam a adesão aos princípios organizativos do PSF e outras características de contexto;
  - Os municípios de grande porte e aqueles habilitados na condição de gestão plena do sistema apresentam condições que favorecem a implantação da intervenção analisada;
  - A localização das equipes em áreas urbanas favorece a implantação da intervenção;
  - Equipes implantadas há mais de um ano possuem condições mais sedimentadas e, portanto, favoráveis à implementação de suas práticas assistenciais;
  - O cumprimento da carga horária de trabalho recomendada aos profissionais das equipes do PSF favorece a implantação da intervenção;
  - O respeito à recomendação do número de famílias vinculadas a cada equipe favorece a implantação das práticas assistenciais analisadas;
  - A existência de mapa da área de abrangência das equipes de saúde da família favorece a implantação da intervenção.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. GERAL

Analisar a influência do contexto local e organizacional sobre a implantação das práticas assistenciais relacionadas à área de saúde da mulher nas equipes de saúde da família, através de um estudo de caso, em um Estado selecionado em 2001.

### 2.2. ESPECÍFICOS

1- Classificar as equipes de saúde da família de acordo com o grau de implantação das práticas assistenciais;

2- Correlacionar o grau de implantação das equipes de saúde da família com elementos que caracterizam a adesão aos princípios organizativos do Programa Saúde da Família e outras características de contexto;

3- Discutir avanços e distorções relacionados ao perfil de implantação das equipes de saúde da família no Estado selecionado.

## 3. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

*“... acaso sean achaques de la edad los que me llevan a volver tanto los ojos al pasado. Pero soy de la opinión que no hay campo del quehacer intelectual que pueda permitirse descuidar tanto sus raíces, mostrarse tan indiferente en cuanto a su deuda con el pasado, como parece hacerlo el campo de nuestra profesión. A falta de compartir más ampliamente el conocimiento de nuestros antecedentes, algunos de nosotros se condenarán reinventando lo que ya sabemos, haciéndolo a menudo de manera menos afortunada; en tanto que otros menos escrupulosos se verán tentados a saquear el pasado, no revelando sus fuentes. En cambio, nosotros debemos rendir homenaje a nuestro pasado, construyendo sobre la base que nos brinda.”*

*Donabedian, 1985*

### 3.1. A ESTRATÉGIA DO ESTUDO

A estratégia adotada para execução deste estudo está baseada nos conceitos de CONTANDRIOPOULOS et al. (1997) e de DENIS e CHAMPAGNE (1997), apresentadas por HARTZ (1997), que abordam a análise de implantação de programas.

O modelo utilizado para este estudo é do tipo avaliativo, que incorpora a avaliação normativa em seu componente de estrutura e processo e promove uma pesquisa avaliativa, privilegiando um dos três componentes da análise de implantação, ou seja, o que define os determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção. O procedimento escolhido é o estudo de caso único com níveis de análise imbricados, onde se considerou como unidade de análise as práticas assistenciais relativas à área de saúde da mulher nas equipes do PSF e o contexto de sua implantação em um estado previamente selecionado.

Na concepção de HARTZ et al (1997), os estudos de caso são indicados, “quando queremos examinar o conjunto das relações que existem entre as diferentes variáveis necessárias para entender um fenômeno complexo, quando o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos ou quando trabalhamos sobre uma problemática contemporânea”. HARTZ (1999), afirma que “os estudos de caso são particularmente desejáveis quando é difícil diferenciar os efeitos produzidos pela intervenção dos que podem ser atribuídos às características do meio de implantação”. YIN<sup>40</sup>, citado por DENIS e CHAMPAGNE (1997, p.70-71), também aponta o estudo de caso como método apropriado para analisar a implantação de um programa e afirma que a sua validade interna depende de dois fatores: a qualidade e a complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo e a adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico.

---

<sup>40</sup> YIN, R. K. *Case Study Research*. Beverly Hills: Sage, 1984.

DENIS e CHAMPAGNE (1997, p.70-71) citam vários autores que “reconhecem o quanto a validade interna dos estudos de caso se apóia no recurso de propostas teóricas formais”. Afirmam ainda “que é o grau de conformidade entre um conjunto de proposições teóricas derivado de um mesmo modelo e a realidade empírica observada que permitem fazer um julgamento sobre o valor explicativo deste”.

Neste estudo estaremos trabalhando com as seguintes conceituações ou referências teóricas:

- *Estrutura, processo e resultados* são componentes fundamentais para avaliação da qualidade dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1980). Para STARFIELD (2001), as características individuais de cada componente são distintas segundo o lugar e o tempo, mas todo o sistema de saúde tem uma *estrutura* (ou “capacidade”) formada pelas características que lhe permitem proporcionar os serviços; um *processo* (ou atividades), que se refere às atividades dos profissionais de saúde dentro do sistema e em seu contato com a população e os pacientes; e um *resultado*, que se refere às condições do estado de saúde. Estes componentes interagem entre si e estão condicionados pelas estruturas individuais e pelo ambiente físico, político e social em que se encontra o sistema de saúde.

- *A estrutura* consiste de todos os recursos que permitem que uma unidade proporcione serviços. Representa as possibilidades de atenção do sistema, segundo STARFIELD (1979). A autora relaciona dez componentes principais da estrutura, a saber:

- *Pessoal*: inclui todas as pessoas relacionadas com a provisão dos serviços, assim como a sua formação e preparação.
- *Instalações e equipamentos*: inclui a área física e os equipamentos das instalações.
- *Gestão e serviços*: inclui as características da provisão não relacionadas diretamente com a atenção clínica. Ex: Recebem-se a tempo os resultados laboratoriais? Tratam-se os pacientes com respeito e cortesia?
- *Variedade de serviços oferecidos pela organização*: ainda que o conjunto de serviços possa variar de um país para outro ou de uma comunidade para outra, cada organização deve decidir sobre a variedade de serviços que ofertará. O conjunto de serviços que se oferta é um aspecto muito importante na atenção primária.
- *Organização dos serviços*: o pessoal trabalha isolado ou em equipe? Que mecanismos se dispõem para garantir a responsabilização e quem é o responsável de proporcionar os distintos aspectos da atenção à saúde?
- *Mecanismos para ofertar continuidade na atenção*: estes mecanismos têm especial importância na Atenção Primária, já que sem eles não haveria forma de atender problemas que requerem mais de uma visita ou transferência de informações. A continuidade pode depender de profissionais isoladamente ou em grupo que atuam como primeiro contato com o paciente; mas, em algumas ocasiões, o único mecanismo para manter a continuidade assistencial consiste em dispor de algum tipo de registro médico de dados.
- *Mecanismo para facilitar o acesso à atenção*: não tem sentido dispor de pessoal, instalações e equipamentos se quem os necessita não tem acesso a eles. Existem vários tipos de acessibilidades: acessibilidade no tempo (quer dizer, horário de serviço), acessibilidade geográfica (oportunidade de transporte e distância a cobrir), acessibilidade psicossocial (relacionada com a existência de barreiras lingüísticas ou culturais ou entre os profissionais e os pacientes).
- *Regulação econômica*: faz referência às formas de pagamento dos serviços e de remuneração dos profissionais. De todos os aspectos estruturais, este é provavelmente o que oferecerá maiores diferenças entre os países, sendo, portanto uma característica de grande interesse quando se realiza estudo comparativo entre países.
- *Delimitação de população elegível para receber os serviços*: cada unidade do sistema de saúde deve ser capaz de definir a comunidade a que atende, assim como conhecer quais são suas características de saúde e sociodemográficas mais importantes. Os indivíduos da população devem poder identificar sua fonte de atenção e conhecer suas responsabilidades sobre os serviços necessários. Este aspecto estrutural é outro elemento fundamental da AP, em particular pelo que se refere à característica conhecida como longitudinalidade.

- *Participação da população*: os sistemas de saúde se diferenciam de acordo com o grau de responsabilidade que têm com as pessoas a que servem. Com frequência, não existe participação da população no que diz respeito às decisões sobre a organização ou a provisão de serviços. Às vezes, as representações têm função assessora, mas quase nunca lhe dão a responsabilidade parcial ou total na tomada de decisões.

- O *processo* se refere a como funciona o sistema na realidade. Consta de dois aspectos: um, no qual contribuem os agentes de saúde, se refere à atenção que se oferece e, o outro, no qual contribuem os usuários, se refere a como responde o paciente. O primeiro compreende quatro etapas: identificação do problema, formulação de um diagnóstico, tratamento e controle posterior para determinar em que medida se atingiram os objetivos do tratamento. O segundo aspecto se refere à contribuição da comunidade ao funcionamento do serviço mediante sua utilização, aceitação e satisfação com o sistema, assim como sua compreensão dos benefícios do serviço e da importância de sua participação (STARFIELD, 1979). A mesma autora ainda refere que “a *estrutura* do sistema de atenção é susceptível de modificação frente às mudanças do ambiente físico e social, o estado de saúde dos indivíduos e, principalmente, da comunidade a que assiste”, o que fortalece a necessidade de analisar a influência do contexto na implantação dos programas.

- A *efetividade* do sistema está determinada pelos resultados que atinge, ou seja, o efeito que tem sobre a saúde (STARFIELD, 1979).

- *Avaliação da estrutura*: é um dos elementos da avaliação normativa e, segundo CONTANDRIOPOULOS et al. (1997), trata-se de saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados. É, para o autor, neste tipo de apreciação, que geralmente se apóiam os organismos de acreditação.

- *Avaliação do processo*: é outro componente da avaliação normativa, sendo, segundo CONTANDRIOPOULOS et al. (1997), a maneira de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados. O autor ainda classifica a avaliação de processo em três dimensões: a *dimensão técnica*, que aprecia a adequação dos serviços às necessidades; a *dimensão das relações interpessoais*, que aprecia a interação entre clientes e produtores de cuidados; e a *dimensão organizacional*, que diz respeito à acessibilidade aos serviços, à extensão da cobertura, à globalidade e à continuidade.

- *Avaliação de resultados*: integra também a avaliação normativa. Para CONTANDRIOPOULOS et al. (1997), consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs atingir. A avaliação de resultados não integra este estudo.

- *Implantação*: consiste na “transferência, em nível operacional, de uma intervenção” (TORNATZSKY e JONHSON<sup>41</sup>; PATTON<sup>42</sup>, citado por DENIS e CHAMPAGNE, 1997, P. 52). “O processo de implantação de uma intervenção representa uma etapa distinta e posterior à decisão de adotar uma mudança” (DOWNS e MOHR<sup>43</sup>; e SCHEIRER<sup>44</sup>, citados por DENIS e CHAMPAGNE, 1997, P. 52). “Ele se refere à operacionalização de um projeto, isto é, à sua integração em um dado contexto organizacional”, afirmam DENIS e CHAMPAGNE (1997).

- *Grau de implantação*: para DENIS e CHAMPAGNE (1997) consiste na medida dos componentes realmente implantados do programa, considerando os padrões quantitativos e qualitativos esperados na produção dos efeitos. Para estes autores, a medição do grau de implantação de uma intervenção exige:

- Especificar a *priori* os componentes da intervenção;
- Identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção;
- Descrever as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção.

A partir destas definições, considera-se para o desenvolvimento deste estudo, a necessidade de construção de um sistema de escores para estimar os graus de implantação das práticas assistenciais nas equipes de saúde da família, a partir dos componentes identificados no instrumento de coleta de dados.

<sup>41</sup> TORNATZSKY, L. G. e JONHSON, E. C. Research on implementation. *Evaluation and Program Planing*, 5: 193-198, 1982.

<sup>42</sup> PATTON, M. Q. *Utilization-Focused Evaluation*. 2.ed. Beverly Hills: Sage, 1986.

<sup>43</sup> DOWNS Jr., G. R.; MOHR, L. B. Conceptual issues in the study of innovation. *Administration Science Quarterly*, 21(4): 700-714, 1976.

<sup>44</sup> SCHEIRER, M. A Program Implementation: The Organizational Context. Beverly Hills: Sage, 1981.

- *Análise da implantação*: de acordo com CONTANDRIOPOULOS et al. (1997) a análise de implantação consiste, por um lado, em medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e, por outro, em apreciar a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção. O autor afirma ainda que este tipo de análise é pertinente quando observamos uma grande variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes. Devemos então nos perguntar se esta variabilidade pode ser explicada por diferenças existentes nos contextos. A análise da implantação é particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos. Para DENIS E CHAMPAGNE (1997), a análise de implantação se apóia conceitualmente na análise da influência sobre três componentes:

- Dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções;
- Das variações da implantação na sua eficácia;
- Da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

“Os dois últimos componentes são apresentados pelos autores como aqueles que visam explicar os efeitos observados após a introdução de uma intervenção, enquanto o primeiro é apresentado como aquele que busca entender as variações na implantação da intervenção, a partir de seus determinantes contextuais” (FELISBERTO, 2001).

É neste primeiro componente que este estudo se desenvolve, a partir do entendimento de que ele integra junto com a avaliação de estrutura e de processo, a interseção entre a avaliação normativa e a análise da implantação da estratégia, a partir da conceituação de análise de implantação proposta por DENIS E CHAMPAGNE (1997).

HARTZ (1997, p. 98) também cita DENIS E CHAMPAGNE<sup>45</sup>, ao referir a importância de avaliar a implantação como condição indispensável para conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade de seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação em relação às normas existentes), e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. No mesmo texto, a autora afirma: “Tal enfoque aumenta o conhecimento das intervenções; indica a diferença entre o fracasso de um programa e a insuficiência de sua base teórica; fornece a informação indispensável aos que tomam decisões; esclarece problemas conceituais das medidas; identifica efeitos imprevistos; ajuda na obtenção de consenso entre os atores; distingue as variáveis intervenientes, favorecendo a formulação das intervenções, etc”. (CHEN e ROSSI<sup>46</sup>; JUDD<sup>47</sup>; SHADISH JR.<sup>48</sup>; WHOLEY<sup>49</sup>; BICKMAN<sup>50</sup>; CHEN<sup>51</sup>; DENIS e CHAMPAGNE<sup>52</sup>, citados por HARTZ, 1997, p. 97).

CONTRANDIOPOULOS et al. (1997) ainda afirma que até mesmo a ausência de efeito pode ser devida ao fato de que a intervenção avaliada não foi realmente implantada.

Aplica-se neste estudo a classificação de HARTZ (1999) para as variáveis: o grau de implantação da intervenção – indicador composto das diferentes variáveis qualificando a estrutura e o processo de atenção a cada problema – representa a variável dependente, quando se analisa sua relação com as características contextuais, ou a variável independente, quando se quer observar sua influência sobre os efeitos observados.

A figura 1 representa o modelo teórico utilizado neste estudo.

---

<sup>45</sup> DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. *Analyse d'Implantation*. GRIS, Université de Montreal, 1990.

<sup>46</sup> CHEN, H. T.; ROSSI, P. H. Evaluating with sense: the theory-driven approach. *Evaluation Review*, 7: 283-302, 1983.

<sup>47</sup> JUDD, C. M. Combining process and outcome evaluation. *New Direction for Program Evaluation*, 35: 23-41, 1987.

<sup>48</sup> SHADISH JR., W. R. Program micro and macro-theories: A guide for social change. *New Direction for Prog. Eval.*, 33: 93-109, 1987.

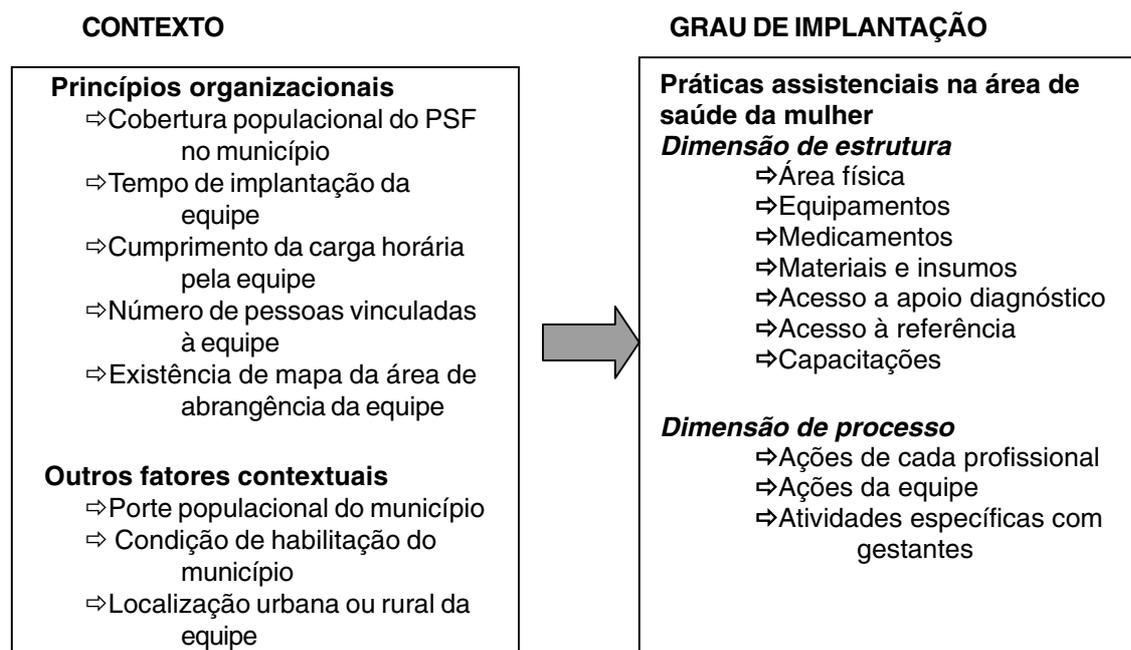
<sup>49</sup> WHOLEY, J. S. Evaluating assessment: Developing program theory. *New Direction for Prog. Evaluation*, 77-92, 1987.

<sup>50</sup> BICKMAN, L. Barriers to the use of program theory. *Evaluation and Program Planning*, 12: 387-390, 1989.

<sup>51</sup> CHEN, H. T. The conceptual framework of the theory-driven perspective. *Evaluation and Planning*, 12: 391-396, 1989.

<sup>52</sup> DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. *Analyse d'Implantation*. Gris, Université de Montréal, 1990.

FIGURA 1  
 MODELO DA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO / COMPONENTE I



### 3.2. ESTUDO DE CASO E ANÁLISE DOS DADOS

Este estudo de caso analisa dados primários produzidos pelo DAB/SPS/MS, através da atividade de investigação denominada “Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil”, descrita em capítulos anteriores.

Nesta investigação, consideram-se como unidade de análise para o estudo de caso as práticas assistenciais relativas à área de saúde da mulher nas equipes do PSF, em suas relações contextuais, em um Estado brasileiro selecionado.

Enunciamos a seguir as razões para a escolha desta Unidade da Federação para efeito do presente estudo:

- Apresenta o maior número absoluto de equipes avaliadas na primeira fase do monitoramento, constituindo-se em uma amostra expressiva para análise, representando 21,9% do total de equipes avaliadas no período correspondente;
- Os questionários correspondentes ao estado selecionado apresentavam maior consistência nas informações coletadas segundo análise da equipe técnica responsável pela etapa crítica do processamento dos dados, uma vez que o instrumento e a metodologia de análise estatística haviam passado por uma etapa de aperfeiçoamento;

Utilizou-se a classificação das práticas assistenciais relativas à área de saúde da mulher como indicador de implementação desta intervenção. Para compor o indicador, foi necessário identificar e agrupar, a partir do instrumento de coleta de dados, variáveis consideradas importantes para descrever as práticas assistenciais relativas à área de saúde da mulher. Estas variáveis estão relacionadas no QUADRO 2.

Para definir o grau de implantação das práticas assistenciais (OBJETIVO 1), utilizou-se o *sistema de escores*, onde se estabeleceu, baseado em diretrizes técnicas, pontuação para cada variável identificada no instrumento e pesos diferenciados para cada subdimensão, que agrupou um conjunto de variáveis comuns.

Como pode ser observado no QUADRO 2, as subdimensões foram agrupadas em torno de duas dimensões analíticas: a estrutura e o processo. A estrutura soma 100 pontos do indicador, e constitui-se de sete subdimensões que são valoradas segundo o nível de importância atribuído pelo julgamento da autora: área física (16%), equipamentos (16%), medicamentos (16%), materiais e insumos (10%), acesso a apoio diagnóstico (16%), referência (10%) e capacitações realizadas pelos profissionais (16%). A segunda dimensão está associada ao processo, e também soma 100 pontos. Ela avalia as ações realizadas pelos profissionais (45%), as ações realizadas pelas equipes (45%) e atividades de grupo realizadas com gestantes (10%).

QUADRO 2

SELEÇÃO E PONTUAÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER

DIMENSÃO DE ESTRUTURA (100 PONTOS)						
Subdimensões	Variáveis	Pontos Atribuídos				Fator de Correção
		1	2	3	4	
Área Física (16%)	consultório médico				4	2
	consultório de enfermagem				4	
Equipamentos disponíveis (16%)	geladeira exclusiva para vacina	1				0,41
	balança de adulto				4	
	glicosímetro				4	
	termômetro		2			
	estetoscópio				4	
	tensímetro/esfigmomanômetro				4	
	mesa ginecológica				4	
	espéculos ginecológicos				4	
	foco				4	
	sonar				4	
	estetoscópio de pinard				4	
Medicamentos disponíveis (16%)	benzilp benzatina 1.200.000 UI				4	0,33
	amoxicilina caps 500 mg				4	
	captopril comp 200mg				4	
	carbamazepina com 200 mg			3		
	fenobarbital comp 100 mg			3		
	digoxina comp 0,25 mg	1				
	metronidazol comp 250 mg				4	
	nistatina creme vag				4	
	metronidazol geléia vaginal				4	
	neomicina + bacitracina pomada	1				
	dexametasona pomada	1				
	AAS 100 mg	1				
	aminofilina comp 100mg				4	
	ampicilina comp 500 mg				4	
	cimetidina comp 200 mg			3		
	diclofenaco potássico comp 50 mg			3		
furosemida comp 40 mg	1					
Materiais e insumos disponíveis (10%)	agulhas descartáveis				4	0,28
	algodão				4	
	bloco de receituário				4	
	cartão da criança				4	
	cartão da gestante				4	
	esparadrapo	1				
	fichas cadastro familiar				4	
	fichas do SIAB		2			
	gaze	1				
	luvas para procedimento				4	
	seringas descartáveis				4	
Acesso a apoio diagnóstico (16%)	Pesquisa de baar		2			0,31
	Dosagem de uréia, creatinina				4	
	Elisa para HIV				4	
	Glicemia plasmática				4	
	Hemograma completo				4	
	Urina (cultura)				4	
	Urina (sumário)				4	
	Tipagem sanguínea				4	
	VDRL				4	
	Citopatologia de colo de útero				4	
	Colpocitologia				4	
	Eletrocardiografia			3		
	RX sem contraste		2			
Ultrassonografia obstétrica				4		
Acesso a referência (10%)	Internação nas clínicas básicas				4	2,5
Capacitações realizadas (16%)	CAPACITAÇÃO/médicos					0,36
	DST/AIDS			3		
	saúde da mulher				4	
	treinamento introdutório		2			
	treinamento SIAB		2			
	CAPACITAÇÃO/enfrenheiros					
	DST/AIDS			3		
saúde da mulher				4		

	treinamento introdutório		2		
	treinamento SIAB		2		
	CAPACITAÇÃO/auxiliar				
	DST/AIDS		2		
	saúde da mulher				4
	treinamento introdutório		2		
	CAPACITAÇÃO/agente				
	DST/AIDS		2		
	saúde da mulher				4
	treinamento introdutório				4
	treinamento SIAB		2		

DIMENSÃO DE PROCESSO (100 PONTOS)						
Subdimensões	Variáveis	Pontos Atribuídos				Fator de Correção
		1	2	3	4	
Ações de cada profissional (45%)	AÇÕES DO MÉDICO					1,61
	visita domiciliar		2			
	atendimento em ginecologia				4	
	atendimento em obstetria				4	
	AÇÕES DO ENFERMEIRO					
	visita domiciliar			3		
	atendimento em ginecologia				4	
	atendimento em obstetria				4	
	AUXILIAR DE ENFERMAGEM					
	visita domiciliar			3		
Ações da equipe (45%)	AGENTE COMUNITÁRIO					1,36
	visita domiciliar				4	
	pré-natal, consulta médica				4	
	pré-natal, consulta de enfermagem				4	
	prevenção CA de colo uterino				4	
	planejamento familiar/educativa			3		
	planejamento familiar/métodos			3		
	tratamento de corrimento			3		
	DST (diagnóstico)			3		
	DST (tratamento)			3		
Atividades específicas em gestantes (10%)	investigação de óbitos				4	2,5
	investigação de internações hospitalares		2			

Como observado, cada subdimensão é composta por diversas variáveis que receberam pontuação segundo nível de importância atribuído. Como existe diferença do número de variáveis que integram cada subdimensão da análise, foi necessário o cálculo de um fator de correção para a pontuação de cada variável.

Para exemplificar, na subdimensão “equipamento disponível”, o “espécio ginecológico” recebeu 4 pontos. A soma total das variáveis dessa subdimensão é de 39 pontos. Para alcançar o valor de 16% atribuído a esta subdimensão, é preciso multiplicá-lo por um fator de correção, no caso, 0,41. Este fator pode ser obtido dividindo-se o valor correspondente pela quantidade total de pontos da subdimensão (16/39). Este cálculo deve ser repetido para todas subdimensões até que se obtenha um total de 100 pontos para o cálculo dos indicadores de estrutura e processo, totalizando 200 pontos.

Desta forma, procedeu-se a construção dos escores do grau de implantação em duas etapas. Na primeira etapa, foram determinados os valores observados e esperados para cada dimensão e, em uma segunda etapa, realizou-se a somatória das dimensões para o cálculo do grau de implantação conforme descrito na fórmula 1.

Fórmula 1:

$$\text{Grau de implantação} = \frac{\sum \text{estrutura} + \sum \text{processo observado}}{\sum \text{esperado}} \times 100$$

O componente saúde da mulher representa, portanto, uma VARIÁVEL COMPOSTA, resultante da somatória da pontuação das dimensões analíticas de estrutura e processo distribuídos pelas diversas subdimensões do questionário (infra-estrutura, equipamentos, medicamentos, capacitação, ações, etc). Esta VARIÁVEL COMPOSTA representa então o INDICADOR DE IMPLEMENTAÇÃO das práticas assistenciais da área de saúde da mulher.

Finalizados os cálculos, determinaram-se os pontos de corte para proceder a classificação das práticas assistenciais, representados no QUADRO 3.

QUADRO 3  
CLASSIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>PONTO DE CORTE</b>
ADEQUADO	≤ 90%
INSATISFATÓRIO	70 – 89,9%
CRÍTICO	50 – 69,9%
MUITO CRÍTICO	≥ 49,9%

Para a análise de implantação, sob o ponto de vista da relação entre o grau de implantação da intervenção com elementos que caracterizam o contexto e a adesão aos princípios organizativos do Programa Saúde da Família, utilizou-se a correlação da classificação obtida através do sistema de escores com as variáveis descritas no QUADRO 4.

QUADRO 4  
VARIÁVEIS QUE CARACTERIZAM O CONTEXTO E A ADESÃO AOS PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, COM RESPECTIVAS FONTES DE OBTENÇÃO.

<b>Variáveis ou características de contexto e de adesão aos princípios organizativos</b>	<b>fonte</b>
Porte populacional do município	IBGE
Condição de habilitação do município na NOB/SUS – 96	Banco de dados / MS
Localização rural ou urbana da equipe de saúde da família	Instrumento de coleta de dados do Monitoramento DAB/SPS/MS
Tempo de implantação das equipes	Instrumento de coleta de dados do Monitoramento DAB/SPS/MS
Cumprimento de carga horária pela equipe de saúde da família	Instrumento de coleta de dados do Monitoramento DAB/SPS/MS
Número de pessoas vinculadas à equipe de saúde da família	Instrumento de coleta de dados do Monitoramento DAB/SPS/MS
Existência de mapa da área de abrangência das equipes de saúde da família	Instrumento de coleta de dados do Monitoramento DAB/SPS/MS

Para interpretação dos resultados dos cruzamentos entre o grau de implantação da intervenção com as variáveis que caracterizam o contexto e a adesão aos princípios organizativos, utilizou-se do recurso estatístico Teste do Qui-Quadrado (com  $p > 0,05$ ) para analisar a significância da associação.

Foram excluídas da amostra as ESF que não tinham área física para realização do seu trabalho e as equipes incompletas, ou seja, com ausência dos profissionais médicos ou enfermeiros.

## 1. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 1.1 GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER

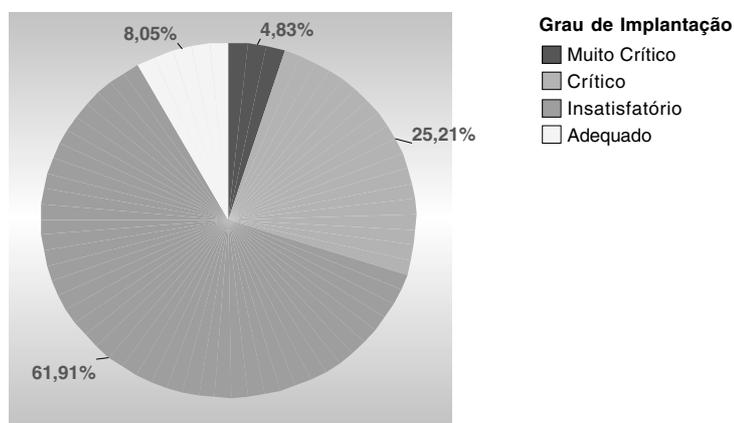
De acordo com a metodologia proposta para este estudo, foram analisadas 932 equipes de saúde da família. A construção de um sistema de escore, a partir da pontuação das variáveis que integravam o instrumento de coleta de dados, possibilitou a classificação das equipes segundo o grau de implantação das práticas assistenciais no componente de saúde da mulher.

Depois de calculado o indicador de implementação das práticas assistenciais da área de saúde da mulher, verificou-se que a maior parte das equipes (**61,9%**) **apresenta grau insatisfatório de implantação**. Uma em cada quatro equipes (**25,2%**) **apresenta grau crítico de implantação**. Um quantitativo de 45 equipes, representando **4,8% do total**, **apresenta grau muito crítico de implantação**. Apenas **8% das equipes apresentaram grau adequado de implantação**.

TABELA 1  
CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES SEGUNDO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER

Grau de implantação	Frequência	%	% Válido	% Acumul.
< 49,9%	45	4,8	4,8	4,8
50% - 69,9%	235	25,2	25,2	30,0
70% - 89,9%	577	61,9	61,9	92,0
> 90%	75	8,0	8,0	100,0
<b>Total</b>	<b>932</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

GRÁFICO 4  
CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES SEGUNDO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER.



Ao se buscar explicações sobre a influência das variáveis que integram as dimensões de estrutura e processo no grau de implantação das práticas assistenciais de saúde da mulher, pode-se inferir que:

- Algumas variáveis relativas à subdimensão equipamentos receberam pontuação privilegiada para a construção do sistema de escores, uma vez que representam elementos indispensáveis para a realização das ações assistenciais na área de saúde da mulher. Em virtude disto, estas variáveis exercem maior peso na classificação do grau de implantação. Assim, mesmo que espelhos e mesa ginecológica estejam presentes em cerca de 89% das equipes, o fato de estarem ausentes em 11% das equipes analisadas gera consequência no indicador de implementação, uma vez que em números absolutos isso se traduz em 107 equipes que não possuem condições necessárias para a realização de atividades do elenco de responsabilidades da atenção básica, a exemplo da coleta de material citopatológico para exames de prevenção do câncer de colo uterino. Já o sonar não é freqüente em 22,1% das equipes, o que pode estar comprometendo a qualidade da assistência no pré-natal.

- Na subdimensão medicamentos, observa-se que a maioria dos itens apresenta adequada freqüência. No entanto, a indisponibilidade de amoxicilina caps 500mg e nistatina creme vaginal em 72,2% e 56,3% das equipes, respectivamente, influenciam na classificação das práticas assistenciais.

- Na freqüência das variáveis de materiais e insumos, encontra-se um comportamento mais homogêneo, onde nenhuma variável observada possui freqüência menor que 80%, aproximando-se, portanto, de condições adequadas para o exercício da intervenção.

- O acesso ao apoio diagnóstico apresenta desempenho insatisfatório na maioria das variáveis selecionadas, sendo ainda mais crítico em procedimentos como colposcopia e ultrassonografia obstétrica, que estão ausentes em 23,7% e 44,7% das equipes, respectivamente.

- O acesso à internação em clínica básica, aqui inserido o acesso ao parto, está ausente em apenas 0,7% das equipes. No entanto, apresenta-se insuficiente em 28,4% das equipes. Apesar da sua importância, esta variável recebeu pela autora um peso menor em relação a outras subdimensões, porque sua disponibilidade não depende apenas das equipes de saúde da família, estando condicionadas à existência de redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços de saúde.

- Quanto ao atendimento médico, observa-se que, em 21,3% das equipes, não é realizado atendimento em obstetrícia, o que é coerente com a freqüência de que apenas em 76,6% das equipes é realizado consulta médica regular em pré-natal. Observa-se também que, em 57,2% das equipes, os médicos não receberam capacitação na área de saúde da mulher, assim como 57,2% não foram capacitados em DST/AIDS. Estas variáveis refletem negativamente na classificação das equipes, uma vez que representam condições fundamentais para a implantação da intervenção.

- Na enfermagem, observa-se que, em 36,3% das equipes, os enfermeiros não realizam atendimento em obstetrícia e, em 25,3%, não realizam atendimento em ginecologia. Além disso, em 45,3% das equipes, os enfermeiros não realizam consulta de pré-natal. Estes percentuais encontram coerência e podem estar associados com a freqüência de outras variáveis a exemplo da disponibilidade de área física, onde se verifica que 44,1% das equipes não possuem consultório de enfermagem. Também no componente de capacitação, verifica-se que, em 54,2% e 58,5% das equipes, os enfermeiros não receberam treinamento em saúde da mulher e DST/AIDS, respectivamente. Assim como na área médica, aqui também estas variáveis refletem negativamente na classificação das equipes.

- A realização de atividades educativas continuadas com grupos de gestantes ocorre em 53,3% das equipes, o que pode ser considerado avanço frente aos moldes tradicionais de organização da atenção. Todavia, considerando que o PSF representa a indução de um novo modelo, esta é uma variável que precisa ser privilegiada na pontuação, pois reflete mudança importante no processo de trabalho das equipes. A ausência desta variável em quase 50% das equipes reflete, portanto, negativamente no indicador de implementação.

Do ponto de vista da análise estatística, é possível afirmar que existe, ainda que fraca, uma correlação positiva (coeficiente angular da reta 0,404) entre a pontuação atingida pela estrutura e pelo processo. Ou seja, na medida em que cresce uma variável, a outra também cresce. Vale salientar que a medida do grau de implantação não trata estas questões (estrutura e processo) de forma dissociada.

## 4.2. ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA INTERVENÇÃO E O CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Considerando a metodologia proposta neste estudo, buscou-se explicar a influência de elementos do contexto e da adesão aos princípios organizativos do Programa Saúde da Família sobre o indicador de implementação da intervenção.

### 4.2.1. PORTE DO MUNICÍPIO

A distribuição conjunta da classificação dos graus de implantação das práticas assistenciais relativas à área de saúde da mulher e da faixa populacional do município mostra uma leve associação entre as duas variáveis. Em outras palavras, as equipes com grau intermediário e satisfatório de implantação apresentam maior concentração nos municípios com mais de 100.000 habitantes.

Por outro lado, entre as equipes com nível de implantação muito crítica parece não existir um padrão de distribuição populacional.

TABELA 2

GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER, NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE ACORDO COM A FAIXA POPULACIONAL DO MUNICÍPIO

Faixa populacional		Grau de implantação	Grau de implantação				Total
			< 49,9%	50% - 69,9%	70% - 89,9%	> 90%	
< 5000	Freqüência		2	32	52	6	<b>92</b>
	%		2,2%	34,8%	56,5%	6,5%	<b>100,0%</b>
	%		4,4%	13,6%	9,0%	8,0%	<b>9,9%</b>
5001 a 20000	Freqüência		12	73	96	6	<b>187</b>
	%		6,4%	39,0%	51,3%	3,2%	<b>100,0%</b>
	%		26,7%	31,1%	16,6%	8,0%	<b>20,1%</b>
20001 a 50000	Freqüência		6	45	103	11	<b>165</b>
	%		3,6%	27,3%	62,4%	6,7%	<b>100,0%</b>
	%		13,3%	19,1%	17,9%	14,7%	<b>17,7%</b>
50001 a 100000	Freqüência		8	41	76	5	<b>130</b>
	%		6,2%	31,5%	58,5%	3,8%	<b>100,0%</b>
	%		17,8%	17,4%	13,2%	6,7%	<b>13,9%</b>
100001 a 500000	Freqüência		10	35	84	21	<b>150</b>
	%		6,7%	23,3%	56,0%	14,0%	<b>100,0%</b>
	%		22,2%	14,9%	14,6%	28,0%	<b>16,1%</b>
> 500001	Freqüência		7	9	166	26	<b>208</b>
	%		3,4%	4,3%	79,8%	12,5%	<b>100,0%</b>
	%		15,6%	3,8%	28,8%	34,7%	<b>22,3%</b>
<b>Total</b>	Freqüência		<b>45</b>	<b>235</b>	<b>577</b>	<b>75</b>	<b>932</b>
	%		<b>4,8%</b>	<b>25,2%</b>	<b>61,9%</b>	<b>8,0%</b>	<b>100,0%</b>
	%		<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

### 4.2.2. TEMPO DE IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES

Utilizou-se como parâmetro de tempo de implantação equipes implantadas há mais de um ano ou menos de um ano.

Os resultados demonstram associação entre o grau e o tempo de implantação das equipes, uma vez que 86,67% das equipes consideradas adequadas foram implantadas há menos de um ano. Por outro lado, observa-se que as equipes classificadas como críticas ou muito críticas estão mais concentradas no grupo de equipes que estão implantadas há mais de um ano.

Do ponto de vista estatístico pode-se afirmar que existe significância na associação, uma vez que  $p=0,000$ .

TABELA 3

GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER, NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE ACORDO COM O TEMPO DE IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES

			Grau de implantação				Total
			< 49,9%	50% - 69,9%	70% - 89,9%	> 90%	
Tempo de implantação	Menos de 1 ano	Freqüência	26	132	407	65	<b>630</b>
		%	4,1%	21,0%	64,6%	10,3%	<b>100,0%</b>
		%	60,5%	57,1%	70,7%	86,7%	<b>68,1%</b>
	Mais de 1 ano	Freqüência	17	99	169	10	<b>295</b>
		%	5,8%	33,6%	57,3%	3,4%	<b>100,0%</b>
		%	39,5%	42,9%	29,3%	13,3%	<b>31,9%</b>
<b>Total</b>	Freqüência	<b>43</b>	<b>231</b>	<b>576</b>	<b>75</b>	<b>925</b>	
	%	<b>4,6%</b>	<b>25,0%</b>	<b>62,3%</b>	<b>8,1%</b>	<b>100,0%</b>	
	%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

#### 4.2.3. LOCALIZAÇÃO RURAL OU URBANA DAS EQUIPES

Este cruzamento diz respeito à área de atuação da equipe. Ao avaliar os resultados, percebe-se que não existe um padrão de concentração de equipes segundo a área de atuação. Em outras palavras, a área de atuação parece não exercer influência na classificação das equipes, o que é coerente com a análise estatística de  $p=0,21$ .

TABELA 4

GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER, NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE ACORDO COM A ÁREA DE ATUAÇÃO DAS EQUIPES

			Grau de implantação				Total
			< 49,9%	50% - 69,9%	70% - 89,9%	> 90%	
Área de atuação das ESF	Urbana	Freqüência	30	145	377	52	<b>604</b>
		%	5,0%	24,0%	62,4%	8,6%	<b>100,0%</b>
		%	68,2%	62,2%	65,6%	69,3%	<b>65,2%</b>
	Rural	Freqüência	7	21	52	10	<b>90</b>
		%	7,8%	23,3%	57,8%	11,1%	<b>100,0%</b>
		%	15,9%	9,0%	9,0%	13,3%	<b>9,7%</b>
	Ambas	Freqüência	7	67	146	13	<b>233</b>
		%	3,0%	28,8%	62,7%	5,6%	<b>100,0%</b>
		%	15,9%	28,8%	25,4%	17,3%	<b>25,1%</b>
<b>Total</b>	Freqüência	<b>44</b>	<b>233</b>	<b>575</b>	<b>75</b>	<b>927</b>	
	%	<b>4,7%</b>	<b>25,1%</b>	<b>62,0%</b>	<b>8,1%</b>	<b>100,0%</b>	
	%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

#### 4.2.4. CONDIÇÃO DE GESTÃO

Assim como para a variável área de atuação, a condição de gestão não é fator condicionante da classificação das equipes segundo o grau de implantação das práticas assistenciais de saúde da mulher. Os percentuais para todos os graus, seja entre as equipes com gestão plena da atenção básica ou com gestão plena do sistema, são muito próximos.

TABELA 5

GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER, NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE ACORDO COM A CONDIÇÃO DE GESTÃO DO MUNICÍPIO

			Grau de implantação				Total
			< 49,9%	50% - 69,9%	70% - 89,9%	> 90%	
Condição de gestão	Plena da atenção básica	Freqüência	23	130	353	40	<b>546</b>
		%	4,2%	23,8%	64,7%	7,3%	<b>100,0%</b>
		%	52,3%	55,3%	61,6%	53,3%	<b>58,9%</b>
	Plena do sistema	Freqüência	21	105	220	35	<b>381</b>
		%	5,5%	27,6%	57,7%	9,2%	<b>100,0%</b>
		%	47,7%	44,7%	38,4%	46,7%	<b>41,1%</b>
<b>Total</b>	Freqüência	<b>44</b>	<b>235</b>	<b>573</b>	<b>75</b>	<b>927</b>	
	%	<b>4,7%</b>	<b>25,4%</b>	<b>61,8%</b>	<b>8,1%</b>	<b>100,0%</b>	
	%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

#### 4.2.5. COBERTURA DO PSF NO MUNICÍPIO

Nos municípios com mais de 50% de cobertura populacional do Programa Saúde da Família, existe uma forte concentração de equipes com grau crítico de implantação. Por outro lado, equipes que atuam em municípios com menos de 49,9% de cobertura tendem a apresentar graus de implantação superiores a 70%, o que as categoriza entre os graus insatisfatório e adequado. A análise estatística, com  $p=0,00$ , confirma a significância da relação entre as variáveis.

Desta forma, os resultados demonstram a possibilidade de um processo de expansão quantitativa sem as condições necessárias para o adequado desenvolvimento da intervenção.

TABELA 6

GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER, NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE ACORDO COM A COBERTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS

			Grau de implantação				Total
			< 49,9%	50% - 69,9%	70% - 89,9%	> 90%	
Cobertura populacional	Menos de 49%	Freqüência	22	45	296	51	<b>414</b>
		%	5,3%	10,9%	71,5%	12,3%	<b>100,0%</b>
		%	88,0%	52,9%	90,8%	98,1%	<b>84,8%</b>
	Mais de 50%	Freqüência	3	40	30	1	<b>74</b>
		%	4,1%	54,1%	40,5%	1,4%	<b>100,0%</b>
		%	12,0%	47,1%	9,2%	1,9%	<b>15,2%</b>
<b>Total</b>	Freqüência	<b>25</b>	<b>85</b>	<b>326</b>	<b>52</b>	<b>488</b>	
	%	<b>5,1%</b>	<b>17,4%</b>	<b>66,8%</b>	<b>10,7%</b>	<b>100,0%</b>	
	%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

#### 4.2.6. CUMPRIMENTO DE CARGA HORÁRIA

O cumprimento 40 horas semanais está preconizado nas normas estabelecidas em documentos do Ministério da Saúde<sup>53</sup>.

Para compor esta variável, as equipes foram classificadas em duas categorias: a primeira agrupa as equipes que possuem todos os seus profissionais cumprindo 40 horas semanais; a segunda agrupa as equipes onde pelo menos um dos profissionais não cumpre 40 horas.

Os resultados demonstram que, nas equipes que estão com mais de 70% da pontuação no sistema de escores, portanto fora da faixa crítica e muito crítica, mais de 70% das equipes cumprem 40 horas semanais.

Já nas equipes com grau de implantação crítico e muito crítico, praticamente na metade das equipes, pelo menos um profissional não cumpre a carga horária recomendada. Ou seja, o cumprimento da carga horária exerce influência no grau de implantação da intervenção, o que pode ser reafirmado estatisticamente com  $p=0,00$ .

<sup>53</sup> Guia Prático do Programa Saúde da Família/ Ministério da Saúde – 2001.

TABELA 7

GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER, NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE ACORDO COM A CARGA HORÁRIA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS

			Grau de implantação				
			< 49,9%	50% - 69,9%	70% - 89,9%	> 90%	Total
Carga horária cumprida	Todos os profissionais cumprem carga de 40h	Frequência	20	116	410	56	<b>602</b>
		%	3,3%	19,3%	68,1%	9,3%	<b>100,0%</b>
		%	48,8%	52,3%	73,0%	76,7%	<b>67,0%</b>
	Pelo menos 1 profissional não cumpre carga de 40h	Frequência	21	106	152	17	<b>296</b>
		%	7,1%	35,8%	51,4%	5,7%	<b>100,0%</b>
		%	51,2%	47,7%	27,0%	23,3%	<b>33,0%</b>
<b>Total</b>		Frequência	<b>41</b>	<b>222</b>	<b>562</b>	<b>73</b>	<b>898</b>
		%	<b>4,6%</b>	<b>24,7%</b>	<b>62,6%</b>	<b>8,1%</b>	<b>100,0%</b>
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

#### 4.2.7. NÚMERO DE FAMÍLIAS SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE

As normas estabelecidas em portarias e documentos do Ministério da Saúde<sup>54</sup> preconizam que uma equipe de saúde da família deve responsabilizar-se por 600 a 1000 famílias, ou no máximo por 4.500 pessoas.

Para compor esta variável, as equipes foram classificadas em duas categorias: a primeira agrupa as equipes que são responsáveis por menos de 4.500 pessoas e a segunda categoria agrupa as equipes cuja população sob sua responsabilidade ultrapassa o limite preconizado de 4.500 pessoas.

Os resultados demonstram que os percentuais de equipes que atendem mais de 4.500 pessoas são muito próximos para as equipes intermediárias, classificadas como críticas ou inadequadas. No extremo superior do escore, as equipes adequadas apresentam um percentual um pouco menor de sobrecarga de famílias. Já no outro extremo, nas equipes com grau de implantação muito crítico, verificamos que o percentual de equipes atendendo mais de 4500 pessoas é o dobro do percentual encontrado nas equipes com grau adequado de implantação.

Estatisticamente, a distribuição conjunta das variáveis não é significativa, com  $p > 0,05$ . Portanto, é uma variável que requer aprofundamento de análise.

TABELA 8

GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS, NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER, NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE ACORDO COM A POPULAÇÃO COBERTA PELAS EQUIPES

			Grau de implantação				
			< 49,9%	50% - 69,9%	70% - 89,9%	> 90%	Total
População coberta pelas ESF	Menos de 4.500 pessoas	Frequência	30	199	477	64	<b>770</b>
		%	3,9%	25,8%	61,9%	8,3%	<b>100,0%</b>
		%	69,8%	84,7%	83,2%	86,5%	<b>83,2%</b>
	Mais de 4.500 pessoas	Frequência	13	36	96	10	<b>155</b>
		%	8,4%	23,2%	61,9%	6,5%	<b>100,0%</b>
		%	30,2%	15,3%	16,8%	13,5%	<b>16,8%</b>
<b>Total</b>		Frequência	<b>43</b>	<b>235</b>	<b>573</b>	<b>74</b>	<b>925</b>
		%	<b>4,6%</b>	<b>25,4%</b>	<b>61,9%</b>	<b>8,0%</b>	<b>100,0%</b>
		%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

<sup>54</sup> Portaria GM nº1886 de 18 de dezembro de 1998, publicada no DOU em 22 de dezembro de 1997, que aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF; Guia Prático do Programa Saúde da Família / Ministério da Saúde, 2001.

#### 4.2.8. EXISTÊNCIA DE MAPA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE

As diretrizes operacionais do PSF, estabelecidas pelo Ministério da Saúde<sup>55</sup>, preconizam a territorialização como importante princípio para o estabelecimento das práticas de vigilância à saúde. A existência de mapa de abrangência da área das equipes, nas unidades básicas de saúde da família, pode indicar a apropriação do conceito de territorialização e de responsabilização para a orientação do trabalho das próprias equipes.

Os resultados encontrados não são significativos do ponto de vista estatístico ( $p=0,059$ ). Portanto, parece que a existência de mapa da área de abrangência não interfere nos graus de implantação da intervenção.

TABELA 9

GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS, NA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER, NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE ACORDO COM A EXISTÊNCIA DE MAPA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS EQUIPES

			Grau de implantação				Total
			< 49,9%	50% - 69,9%	70% - 89,9%	> 90%	
Existência de mapa da área de abrangência das ESF na US	Existe mapa	Freqüência	24	163	425	59	<b>671</b>
		%	3,6%	24,3%	63,3%	8,8%	<b>100,0%</b>
	Não existe mapa	%	58,5%	69,7%	74,4%	78,7%	<b>72,9%</b>
		Freqüência	17	71	146	16	<b>250</b>
		%	6,8%	28,4%	58,4%	6,4%	<b>100,0%</b>
		%	41,5%	30,3%	25,6%	21,3%	<b>27,1%</b>
<b>Total</b>	Freqüência	<b>41</b>	<b>234</b>	<b>571</b>	<b>75</b>	<b>921</b>	
	%	<b>4,5%</b>	<b>25,4%</b>	<b>62,0%</b>	<b>8,1%</b>	<b>100,0%</b>	
	%	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

#### 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Saúde da Família conseguiu, em pouco tempo, romper com a rotulagem de “programa paralelo” e tornar-se uma estratégia estruturante da atenção básica no Sistema Único de Saúde. Com apenas oito anos de implantação, atingiu a cobertura de mais de 50 milhões de pessoas, o que é significativo quando comparamos com a população total de países como Argentina, Espanha ou Itália. Representa, sem dúvida, um avanço na busca da equidade no interior do sistema. No entanto, num país continental como o nosso, vive-se sempre o dilema dos números absolutos e números relativos: essa cobertura significa menos de 30% da população brasileira, o que ainda é insuficiente para alterar o modelo vigente.

Diante disso, o PSF requer expansão em ritmo compatível ao desafio de garantir ampla cobertura à população usuária do Sistema Único de Saúde, em especial às populações que estão submetidas à maior vulnerabilidade social nas grandes cidades. Todavia, mais que uma ampliação de cobertura, o PSF precisa traduzir-se em oportunidade de conferir qualidade na atenção básica ofertada à população como condição para sua sustentabilidade. Para isso, é necessário um adequado processo de implantação, de forma que possibilite a real substituição das práticas tradicionais dos serviços de atenção básica e contribua efetivamente para melhorar os indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Isso exige que a expansão do Programa mantenha a coerência com os seus princípios e diretrizes essenciais e seja acompanhada de adequada incorporação tecnológica.

Este estudo foi impulsionado exatamente pela necessidade de aprofundar a análise da implantação do PSF em um momento de expressivo crescimento quantitativo. Através da utilização do sistema de escores, foi possível classificar as equipes de acordo com o grau de implantação das práticas assistenciais na área de saúde da mulher, em um estado selecionado.

Verificou-se assim que a maioria das equipes encontra-se em graus intermediários de implantação, atingindo entre 50 e 89,9% da pontuação estabelecida. No extremo inferior, em condição muito crítica, encontra-se menos de 5% das equipes. No oposto, com as melhores pontuações estão 8% das equipes. Os

<sup>55</sup> Guia Prático do Programa Saúde da Família / Ministério da Saúde. 2001.

pontos de cortes utilizados podem sugerir um alto nível de exigência, uma vez que, para ser classificada como adequada, a equipe precisa atingir pelo menos 90% da pontuação. Por outro lado, as variáveis utilizadas para pontuação e construção dos escores refletem aspectos que representam condições essenciais para o desenvolvimento da intervenção. Considerando ainda que não existe complexidade tecnológica de difícil incorporação nos elementos de análise requeridos, é prudente manter a exigência de um alto percentual de pontuação para considerar a implantação como adequada. Desta forma, é necessário reconhecer que a maioria das equipes analisadas neste estudo não exerce suas funções de forma adequada.

É importante lembrar que o grau de implantação deste estudo reflete a análise de elementos de estrutura e processo, com limitações de conteúdo do instrumento utilizado na coleta de dados. Existe consenso que adequadas condições de estrutura e processo são insuficientes para gerar bons resultados. No entanto, também é consenso que uma adequada estrutura pode prevenir deterioração de qualidade nos serviços de saúde, assim como as condições de processo podem demonstrar situações que precisam ser corrigidas.

Ainda considerando a metodologia utilizada neste estudo, buscou-se explicar a influência de elementos do contexto e de adesão aos princípios organizativos do PSF sobre o indicador de implementação da intervenção. Considera-se que as associações verificadas representam uma aproximação de possíveis realidades, uma vez que existe a necessidade de se utilizar análises multivariadas para identificar a relação entre elementos do próprio contexto e de apontar questões de pesquisa que precisam ser investigadas.

A seguir relatam-se impressões retiradas da análise das associações:

- Fatores como porte populacional, condição de gestão do município e a localização das equipes em área urbana ou rural parecem não exercer influência nos graus de implantação. No entanto, não se pode afirmar que o resultado se manteria com utilização de análise que permitisse associar o porte populacional com localização rural e urbana das equipes e a relação desta agregação com o grau de implantação.
- Nos municípios onde mais de 50% da população está coberta pelo PSF, as equipes apresentam maior comprometimento nas suas classificações. Isto indica que a expansão pode estar dissociada de um processo qualitativo e pode contradizer a leitura de que coberturas adequadas expressam a decisão de substituição do modelo e, portanto, representariam um processo de implantação mais criterioso. Considera-se necessário aprofundar esta análise inserindo novas correlações que demonstrem, por exemplo, se a influência da cobertura do PSF diferencia-se em municípios com distintos portes populacionais ou diferentes níveis de habilitação;
- A associação com o tempo de implantação da equipe desperta atenção no sentido de que a maioria das equipes adequadas foram implantadas há menos de um ano. Esta análise contradiz o esperado, no sentido de que equipes mais antigas estariam mais sedimentadas. É oportuno verificar se a rotatividade dos profissionais pode estar influenciando o comportamento desta variável.
- Nas equipes adequadas, 76% cumprem a carga horária de trabalho preconizada em 40 horas semanais. Considerado como condição facilitadora para o fortalecimento dos vínculos entre os profissionais e a população assistida, este tem sido, por um lado, um dos princípios valorizados na execução do programa e, por outro, bastante polemizado por correntes que defendem a sua flexibilização como condição para fixação dos profissionais médicos nas equipes. O resultado obtido contribui para a sua manutenção enquanto diretriz para implantação da intervenção;
- A influência do número de pessoas vinculadas à equipe de saúde da família não foi significativa na classificação das equipes. Este tem sido um tema muito debatido nos fóruns de coordenações estaduais, municipais e principalmente de profissionais que integram as equipes, onde se tem manifestado a preocupação de que o excesso de famílias sob responsabilização da equipe pode impedir a inovação do seu processo de trabalho. Em recente relatório de avaliação do PSF, o Tribunal de Contas da União determina que o Ministério da Saúde deva rever os parâmetros de cobertura das equipes, em função da sobrecarga de trabalho dos seus profissionais. Os resultados observados comprovam a necessidade de novas análises, uma vez que o tema é recorrente;
- A existência de mapa da área de abrangência das equipes parece não interferir nos graus de implantação da intervenção, o que contradiz a leitura de que o mapeamento, enquanto tradução da apropriação do conceito de territorialização, poderia contribuir para maior adequação do trabalho das equipes.

Ressalta-se que a maior lição deste trabalho está representada pela oportunidade de se ter desenvolvido um importante exercício de utilização da metodologia de análise de implantação de programas e pela oportunidade de contribuir para “além do exercício” na direção da construção de uma metodologia que possibilite a análise da implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil.

### **As limitações deste estudo**

As limitações mais relevantes deste estudo dizem respeito a:

- Inexistência de padrões para grande parte dos elementos inseridos na análise;
- Não validação, através de técnicas de consenso, dos escores e pontos de cortes para a classificação das práticas assistenciais;
- Ausência de simulações para teste de modelos de classificação dos graus de implantação;
- Ausência de análise multivariada para melhor interpretação da correlação dos graus de implantação com elementos do contexto e da adesão aos princípios organizativos do Programa;
- Restrição das variáveis de análise, considerando apenas aquelas relativas às práticas assistenciais de saúde da mulher como foco da avaliação;
- Limitações do próprio instrumento de coleta de dados, que é restrito nos elementos de análise, especialmente no componente de processo.

### **As recomendações**

As recomendações julgadas pertinentes a partir deste trabalho estão dirigidas a dois grupos: o primeiro, para o aperfeiçoamento da própria investigação que gerou este estudo, ou seja, o Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes do PSF; o segundo, para um desenho futuro de metodologia de análise de implantação que contribua para a consolidação e sustentabilidade do PSF no Brasil.

Para potencializar a utilização do banco de dados gerados pelo Monitoramento, é recomendado que:

- Sejam ampliados os escores com o conjunto total de variáveis que compõe o banco de dados;
- Sejam validados, através de técnicas de consenso, a ponderação e os pontos de cortes do escore;
- Se complemente a interpretação das correlações através de análise multivariada;
- Se desagregue a análise das informações produzindo bases municipais que permitam decisões no plano local da gestão do programa;
- Seja disponibilizado o material de pesquisa para processos de qualificação de equipes avaliadoras, estaduais e locais.

No segundo grupo de recomendações, espera-se contribuir para a construção de um cenário de maior solidez para o PSF. Como já afirmado anteriormente, é inegável o avanço representado pela expansão do PSF até o presente momento, em uma trajetória progressiva onde mais acertos do que erros o impulsionaram para a condição de estratégia estruturante no âmbito do SUS. Ao julgamento do autor, como participante do seu processo de implantação, o PSF entra agora no momento decisivo de sua consolidação. A expansão de cobertura já cumpriu importantes funções: de sensibilizar gestores; de demonstrar capacidade organizadora e transformadora de práticas; de introdução do programa nos grandes centros urbanos; de inserção nos pactos políticos e nas agendas prioritárias das políticas públicas.

Urge agora potencializar suas possibilidades, garantindo um processo expansivo associado a padrões adequados de qualidade. Neste sentido torna-se necessário o desenvolvimento e implementação de metodologia e instrumentos que permitam a avaliação da implantação do programa de forma permanente, imprimindo agilidade no processo decisório necessário ao enfrentamento de problemas de implantação que possam refletir nos resultados desejados.

Como relatado no corpo deste trabalho, diversas iniciativas foram desenvolvidas no campo do monitoramento e dos estudos avaliativos, no entanto, insuficientes para a finalidade expressa. A instância gestora do programa no âmbito do MS tem, ao longo do tempo, expressado a intenção de desenvolver metodologias de acreditação para a estratégia do PSF, proposta esta inserida em 2001 no âmbito do Componente III – Monitoramento e Avaliação, do Projeto de Implantação e Consolidação do Programa Saúde

da Família – PROESF, acordo de empréstimo internacional recentemente assinado entre o governo brasileiro e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento.

No decorrer de 2002, análises geradas pelos resultados parciais do Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes do PSF e pelas reflexões deste estudo, subsidiaram uma parceria do DAB/SPS com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS para revisão da proposta de acreditação, o que está gerando a elaboração conjunta de uma metodologia de qualificação das unidades básicas de saúde da família. A proposta de *qualificação* difere da proposta de *acreditação* essencialmente pela instância qualificadora que geralmente é um nível de gestão da própria organização.

Portanto, o que tomou um caráter de “exercício” no desenvolvimento desta dissertação, paralelamente foi subsidiando o pensar e o elaborar coletivo de um modelo de qualificação que deve incorporar a metodologia de análise de implantação de programas.

O desenvolvimento desta proposta deverá ser dirigido para a garantia de qualidade do serviço ofertado, e como todo processo de qualificação deve utilizar metodologia de avaliação baseado em padrões que permitam determinar o nível de qualidade desejada às unidades básicas de saúde da família. Esta é uma decisão oportuna e importante para o PSF, uma vez que, no período inicial de sua implantação, não havia receptividade para a discussão de padrões e protocolos. Existia, ao nosso julgamento, um equívoco de entendimento ao interpretar padrões como rigidez de normatização e não como elemento básico de abordagem de qualidade. Atualmente, a insuficiência de padrões e de protocolos é um dos grandes limitadores no processo de monitoramento, pois não existe consenso entre os diferentes atores envolvidos a respeito dos aspectos que devam ser observados. Percebem-se, por exemplo, interpretações diversas quanto às responsabilidades e atribuições das equipes quando se escuta a opinião de gerentes nacionais, de gestores municipais ou de profissionais das equipes.

Considera-se, portanto, que investir na construção de consensos para definição dos padrões é neste momento uma contribuição organizativa para os serviços e requer metodologias participativas, uma vez que o processo de qualificação deve refletir as necessidades de distintos atores envolvidos. Existe necessidade de trabalhar questões fundamentais que passam pela definição mínima de estrutura física e de equipamentos, das responsabilidades assistenciais e de capacitação dos profissionais nas áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, bem como questões mais complexas que permitam analisar a percepção da população sobre a atenção ofertada. O referencial de avaliação ainda deve contemplar os princípios do PSF - que refletem as características próprias do primeiro nível de atenção consensuadas em âmbito internacional.

O desenho da metodologia deverá permitir a classificação das unidades básicas de saúde da família segundo complexidade definida pela construção de escores. Considera-se importante que o primeiro nível de classificação contemple características de credenciamento, representando assim um conjunto de condições mínimas e obrigatórias para reconhecimento de uma unidade básica tradicional como “unidade de saúde da família”. Esta medida iria ao encontro do enfrentamento de situações que interferem no grau de implantação da intervenção, conforme observado nas investigações relatadas e trabalhado neste estudo, pois seria necessário o cumprimento de um conjunto mínimo de “condições de segurança” para o início das atividades das equipes.

Os níveis subseqüentes iriam agregando, de forma gradual, elementos mais complexos de estrutura, processo e resultado visando ao desenvolvimento de práticas adequadas no caminho da excelência. Recomenda-se que se estude a possibilidade de vincular incentivo ao processo de avaliação, uma vez que existe consenso de que a utilização de incentivos de fatores de satisfação profissional ou intelectual ou de recompensa financeira funcionam melhor que sanções punitivas.

Outra questão relevante está na necessidade de contemplar, para utilização da metodologia de análise de implantação, os componentes que permitem medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, e a influência que os elementos de contexto no qual a intervenção está implantada exercem nos efeitos da intervenção.

Por fim, é importante considerar que a formulação e a aplicação desta metodologia de qualificação requer, como todo e qualquer processo avaliativo, a definição das competências e responsabilidades de todos os atores envolvidos. Considera-se que o seu desenvolvimento poderá representar uma oportunidade singular de contribuição para a efetiva institucionalização do processo de avaliação em todas as instâncias de gestão, conferindo à estratégia de saúde da família mais uma vez o fortalecimento da sua capacidade estruturante no âmbito do Sistema Único de Saúde.

ANEXOS

**ANEXO I**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA  
MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
NO BRASIL - 2002  
ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES - EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**1 - Situação do roteiro de observações**

- 1 -  COMPLETO  
2 -  INCOMPLETO  
3 -  NÃO RESPONDIDO (*CONSIDERAR DA PARTE 2 EM DIANTE*)

**2 - Classificação:**

- 1 -  NÃO EXISTE A EQUIPE/NÃO ESTÁ EM FUNCIONAMENTO  
2 -  MÉDICO E/OU ENFERMEIRO NÃO ENCONTRADOS, SEM MOTIVO RELATADO PELO ENTREVISTADOR  
3 -  MÉDICO E/OU ENFERMEIRO NÃO ENCONTRADOS - ESCALA DE TRABALHO SEM CUMPRIMENTO DAS 40 HORAS SEMANAIS  
4 -  MÉDICO E/OU ENFERMEIRO NÃO ENCONTRADOS - TRABALHO DE CAMPO OU NA ÁREA RURAL  
5 -  MÉDICO E/OU ENFERMEIRO NÃO ENCONTRADOS - FÉRIAS/FOLGA/FALTA/LICENÇA/TREINAMENTO  
6 -  ENTREVISTADOR NÃO FOI AO MUNICÍPIO/LOCAL DE TRABALHO DA EQUIPE  
7 -  EQUIPE SEM MÉDICO E/OU ENFERMEIRO  
8 -  PROFISSIONAIS DESPREPARADOS PARA RESPONDER O ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES  
9 -  PREENCHIMENTO INADEQUADO PELO ENTREVISTADOR  
10-  OUTROS
- 
- 

CAMPO OBRIGATÓRIO – PREENCHER OS DADOS COM LETRA LEGÍVEL

Nome completo do Entrevistador(a): \_\_\_\_\_

Principal informante (nome e categoria): \_\_\_\_\_

Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2002

### Parte 1 – Identificação das Equipes de Saúde da Família

Esta parte deve ser preenchida mesmo nos casos de questionários em situação “NÃO RESPONDIDO”, preferencialmente com os dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde.

<b>1.1 - UF:</b>	
<b>1.2 - Município:</b>	
<b>Nome da ESF:</b>	
<b>Endereço da unidade de saúde:</b>	<b>Código da unidade de saúde (SIA/SUS):</b>
<b>CEP:</b>	<b>Fone: (    )</b>
<b>Situação da Equipe:</b> 1 - <input type="checkbox"/> RECEBENDO INCENTIVO (MS)    2 - <input type="checkbox"/> NÃO RECEBENDO (MS)    3 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE	
<b>Componentes da ESF</b>	
<b>Médico:</b>	
_____	
_____	
<b>CRM/UF:</b>	
_____	
_____	
<b>Enfermeiro:</b>	
_____	
_____	
<b>COREN/UF:</b>	
_____	
_____	
<b>OBS:</b> _____	
_____	
_____	

Parte 2 - Implantação da Equipe de Saúde da Família

<b>2.1 - Há quanto tempo esta ESF está em funcionamento?</b>	MESES
<b>2.2 - A ESF atua em zona:</b>	1 - <input type="checkbox"/> URBANA    2 - <input type="checkbox"/> RURAL    3 - <input type="checkbox"/> EM AMBAS
<b>2.3 - População acompanhada por esta ESF:</b>	1 - <input type="checkbox"/> MENOS DE 2.400 PESSOAS 2 - <input type="checkbox"/> DE 2.400 A 4.500 PESSOAS 3 - <input type="checkbox"/> MAIS DE 4.500 PESSOAS 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
<b>2.4 - Existe área de abrangência definida para a equipe?</b>	1 - <input type="checkbox"/> SIM    2 - <input type="checkbox"/> NÃO
<b>2.5 - Existe mapa da área de abrangência da ESF na unidade de saúde? (OBSERVAR A EXISTÊNCIA)</b>	1 - <input type="checkbox"/> SIM    2 - <input type="checkbox"/> NÃO

Parte 3 - Infra-estrutura da Unidade Básica de Saúde

<b>3.1 - Há alguma estrutura física para a execução do trabalho da ESF? (OBSERVAR)</b>	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO (NESTE CASO, PULE OS ITENS 3.2, 3.3 E 3.4) 3 - <input type="checkbox"/> NÃO VISITADO (NESTE CASO, PULE OS ITENS 3.2, 3.3 E 3.4)
<b>OBS:</b> _____	
<b>3.2 - Quantas ESF existem na Unidade de Saúde citada?</b>	_____ <input type="text"/>
<b>3.3 - Quantificar a existência das seguintes dependências na unidade de saúde onde esta equipe atende com mais frequência:</b>	
a) SALA DE RECEPÇÃO OU ESPERA.....	<input type="text"/>
b) CONSULTÓRIO MÉDICO.....	<input type="text"/>
c) CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM.....	<input type="text"/>
d) SALA DE PROCEDIMENTOS BÁSICOS.....	<input type="text"/>
e) SALA EXCLUSIVA DE VACINAS COM GELADEIRA.....	<input type="text"/>

**3.4 - A ESF dispõe, em sua unidade de saúde, dos seguintes materiais e equipamentos para atendimento da população (OBSERVAR):**

a) GELADEIRA EXCLUSIVA PARA VACINA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
b) APARELHO DE AEROSSOL, NEBULIZADOR OU ESPAÇADOR	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
c) BALANÇA DE ADULTO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
d) BALANÇA INFANTIL	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
e) GLICOSÍMETRO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
f) MATERIAL PARA PEQUENA CIRURGIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
g) MATERIAL PARA RETIRADA DE PONTOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
h) TERMÔMETRO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
i) ESTETOSCÓPIO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
j) TENSÍOMETRO/ESFIGMOMANÔMETRO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
k) LANTERNA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
l) OFTALMOSCÓPIO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
m) OTOSCÓPIO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
n) MESA GINECOLÓGICA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
o) ESPÉCULOS GINECOLÓGICOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
p) FOCO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
q) SONAR	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
r) ESTETOSCÓPIO DE PINARD	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
s) IMPRESSORA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO
t) MICROCOMPUTADOR	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> SIM MAS SEM CONDIÇÕES DE USO

<b>3.5 - Itens farmacêuticos a serem verificados (OBSERVAR):</b>		
a) BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) AMOXACILINA CAPS 500MG	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) CAPTOPRIL COMP 25 MG	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) CARBAMAZEPINA COMP 200 MG	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
e) FENOBARBITAL COMP 100 MG	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
f) DIGOXINA COMP 0,25 MG	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
g) METRONIDAZOL COMP 250 MG	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
h) NISTATINA CREME VAGINAL	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
i) METRONIDAZOL GELÉIA VAGINAL	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
j) NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
k) DEXAMETASONA POMADA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
l) ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO COMP 100 MG	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
m) AMINOFILINA COMP 100 MG	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
n) AMPICILINA COMP 500 MG	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
o) CIMETIDINA COMP 200 MG	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
p) DICLOFENACO POTÁSSICO COMP 50 MG	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
q) FUROSEMIDA COMP 40 MG	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
<b>3.6 - Os medicamentos são dispensados no local de atendimento da ESF?</b>	1 - <input type="checkbox"/> SIM NÃO	2 - <input type="checkbox"/>
<b>3.7 - Rotineiramente todas vacinas do calendário básico de Programa Nacional de Imunização (PNI) são realizadas nesta unidade? BCG, Hepatite B, Poliomielite, Sarampo, Dupla adulto, DPT, Haemophilus influenzae B, Tríplice viral, Dupla viral ou Rubéola monovalente, Raiva Humana e Febre Amarela (área endêmica ou de transição)</b>	1 - <input type="checkbox"/> SIM NÃO	2 - <input type="checkbox"/>
<b>OBS:</b> _____		

<b>3.8 - Assinale a situação de abastecimento de materiais e insumos relacionados conforme as condições definidas a seguir de acordo com informação da equipe:</b>			
a) AGULHAS DESCARTÁVEIS	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 -
b) ALGODÃO	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 -
c) BLOCO DE RECEITUÁRIO	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 -
d) CARTÃO DA CRIANÇA	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 -
e) CARTÃO DA GESTANTE	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 -
f) ESPARADRAPO	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 -
g) FICHAS DE CADASTRO FAMILIAR (FICHA A OU SIMILAR)	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 -
h) FICHAS DO SIAB OU DE SISTEMA SIMILAR	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 -
i) FIO DE SUTURA	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 -
j) GAZE	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 -
k) LUVAS PARA PROCEDIMENTOS	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 -
l) SERINGAS DESCARTÁVEIS	1 - <input type="checkbox"/> NÃO HÁ <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE	2 - <input type="checkbox"/> SUFICIENTE	3 -
<b>3.9 - A ESF tem veículo para o deslocamento para a realização das suas atividades?</b>	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> NÃO É NECESSÁRIO
<b>3.10 - A ESF recebeu o uniforme enviado pelo MS? (Se for pelo PACS marque 2 – NÃO)</b>	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>3.11 - A ESF estava usando o uniforme enviado pelo MS durante a entrevista? (Se não, anotar por quê nas obs.)</b>	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>OBS:</b>			

<b>4.1 – Registre se as ações listadas abaixo são desenvolvidas pelos componentes da ESF</b>		
<b>4.1.1 – Médico</b>		
a) VISITA DOMICILIAR (NOS ÚLTIMOS 30 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) REUNIÃO COM A COMUNIDADE (NOS ÚLTIMOS 90 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) REUNIÃO DA EQUIPE (NOS ÚLTIMOS 60 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO (NOS ÚLTIMOS 60 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
e) ATENDIMENTO CLÍNICO EM CLÍNICA MÉDICA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
f) ATENDIMENTO CLÍNICO EM PEDIATRIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
g) ATENDIMENTO CLÍNICO EM GINECOLOGIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
h) ATENDIMENTO CLÍNICO EM OBSTETRÍCIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
i) QUANTOS TURNOS POR SEMANA SÃO RESERVADOS PARA O ATENDIMENTO CLÍNICO NA ESF?	_____	
<b>4.1.2 – Enfermeiro</b>		
a) VISITA DOMICILIAR (NOS ÚLTIMOS 30 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) REUNIÃO COM A COMUNIDADE (NOS ÚLTIMOS 90 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) REUNIÃO DA EQUIPE (NOS ÚLTIMOS 60 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO (NOS ÚLTIMOS 60 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
e) TREINAMENTO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
f) TREINAMENTO DO ACS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
g) ATENDIMENTO CLÍNICO EM CLÍNICA MÉDICA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
h) ATENDIMENTO CLÍNICO EM PEDIATRIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
i) ATENDIMENTO CLÍNICO EM GINECOLOGIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
j) ATENDIMENTO CLÍNICO EM OBSTETRÍCIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
k) QUANTOS TURNOS POR SEMANA SÃO RESERVADOS PARA O ATENDIMENTO CLÍNICO NA ESF?	_____	
<b>4.1.3 - Auxiliar de enfermagem</b>		
a) VISITA DOMICILIAR (NOS ÚLTIMOS 30 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) REUNIÃO COM A COMUNIDADE (NOS ÚLTIMOS 90 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) REUNIÃO DA EQUIPE (NOS ÚLTIMOS 60 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO (NOS ÚLTIMOS 60 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO

<b>4.1.4 - Agente Comunitário de Saúde</b>		
a) VISITA DOMICILIAR (NOS ÚLTIMOS 30 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
b) REUNIÃO COM A COMUNIDADE (NOS ÚLTIMOS 90 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
c) REUNIÃO DA EQUIPE (NOS ÚLTIMOS 60 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
d) ATIVIDADE EDUCATIVA EM GRUPO (NOS ÚLTIMOS 60 DIAS)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
<b>4.2 – Assinale se a ESF realiza as seguintes ações: (RESPOSTA ESPONTÂNEA)</b>		
1. PRÉ-NATAL (CONSULTA MÉDICA DE ROTINA): consulta médica programada, não considerada por intercorrência;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
2. PRÉ-NATAL (CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ROTINA): consulta de enfermagem programada, não considerada por intercorrência;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
3. PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO (COLETA DE MATERIAL)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
4. PLANEJAMENTO FAMILIAR (AÇÃO EDUCATIVA): em grupo ou individual;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
5. PLANEJAMENTO FAMILIAR (OFERTA DE MÉTODOS): pelo menos um tipo e distribuído pela equipe;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
6. TRATAMENTO DE CORRIMENTO VAGINAL; prescrição	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
7. ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO < 2 ANOS (CONSULTA MÉDICA DE ROTINA): atendimento programado de crianças saudas com avaliação de desenvolvimento;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
8. ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO < 2 ANOS (CONS. ENFERMAGEM DE ROTINA): atendimento programado de crianças saudas com avaliação de desenvolvimento;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
9. ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (CONSULTA MÉDICA): atendimento à faixa etária de 0 a 5 anos;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
10. ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (CONS. ENFERMAGEM): atendimento à faixa etária de 0 a 5 anos;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
11. ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (TRO): realizado na USF;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
12. VIGILÂNCIA NUTRICIONAL (IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS): rotineiramente por qualquer membro da equipe;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO

13. VIGILÂNCIA NUTRICIONAL (CONSULTA MÉDICA): pelo menos uma consulta para todos os casos identificados;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
14. VIGILÂNCIA NUTRICIONAL (SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR): algum membro da equipe é responsável pela distribuição;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
15. CONTROLE DO DIABETES (DIAGNÓSTICO);	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
16. CONTROLE DO DIABETES (GLICEMIA CAPILAR): acompanhamento de rotina dos assintomáticos;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
17. CONTROLE DO DIABETES (TRATAMENTO): prescrição e acompanhamento;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
18. CONTROLE DA HIPERTENSÃO (DIAGNÓSTICO);	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
19. CONTROLE DA HIPERTENSÃO (TRATAMENTO) prescrição e acompanhamento;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
20. ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE (DIAGNÓSTICO): diagnóstico clínico;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
21. ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE (TRATAMENTO): exame clínico periódico, avaliação e prevenção de incapacidades, tratamento de intercorrências e complicações, dose supervisionada;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
22. ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE (DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA USF);	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
23. CONTROLE DA TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICO): concluir se o paciente é positivo ou não;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
24. CONTROLE DA TUBERCULOSE (TRATAMENTO) prescrição e acompanhamento;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
25. CONTROLE DA TUBERCULOSE (TRATAMENTO SUPERVISIONADO - DOT): dose supervisionada por membro da equipe no mínimo 5 vezes por semana durante 6 meses; - DOT	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
26. CONTROLE DA TUBERCULOSE (DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA USF)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
27. DST (DIAGNÓSTICO): concluir se o paciente é positivo ou não;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
28. DST (TRATAMENTO): prescrição e acompanhamento;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
29. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (NOTIFICAÇÃO DE DNC): preenchimento pela equipe das fichas de notificação e boletim semanal negativo;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
30. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE DNC): se a equipe assume da investigação de casos;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO

31. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (AÇÕES DE CONTROLE DE CASOS E SURTOS): se a equipe realiza medidas para controle de casos e surtos. Considerar vacinação de bloqueio, quimioprofilaxia entre outros;	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
32. INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS: rotina de investigar causas e motivos relacionados aos óbitos ocorridos, recorrendo a documentos e/ou depoimentos	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
33. INVESTIGAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES: rotina de investigar causas, motivos e desdobramentos das internações ocorridas, recorrendo a documentos e/ou depoimentos	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
34. ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL: investigar se a ESF conhece portadores de sofrimento mental da sua área, se são cadastrados e se faz algum acompanhamento do mesmo (visitas regulares do agente comunitário).	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
<b>4.3 – Em quais grupos populacionais a ESF realiza atividades educativas continuadas (REALIZADAS NOS ÚLTIMOS 60 DIAS):</b>		
a) GESTANTES	1 - <input type="checkbox"/> SIM NÃO	2 - <input type="checkbox"/>
b) MENORES DE 2 ANOS PARA MONITORAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	1 - <input type="checkbox"/> SIM NÃO	2 - <input type="checkbox"/>
c) DESNUTRIDOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM NÃO	2 - <input type="checkbox"/>
d) ESCOLARES	1 - <input type="checkbox"/> SIM NÃO	2 - <input type="checkbox"/>
e) DIABÉTICOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM NÃO	2 - <input type="checkbox"/>
f) HIPERTENSOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM NÃO	2 - <input type="checkbox"/>
g) ADOLESCENTES	1 - <input type="checkbox"/> SIM NÃO	2 - <input type="checkbox"/>
h) IDOSOS	1 - <input type="checkbox"/> SIM NÃO	2 - <input type="checkbox"/>
<b>4.4 - A ESF utiliza prontuário? (OBSERVAR REGISTRO SEQÜENCIAL DE CONSULTAS)</b>	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
<b>4.5 - Avaliar se a ESF utiliza as informações contidas no SIAB para programar as suas ações:</b>	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO
<b>4.6 - Algum membro da equipe participa das reuniões do Conselho Municipal/Comissão Local de Saúde regularmente?</b>	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO

<b>5.1 - Assinale a disponibilidade na rede SUS de realização dos seguintes exames, como referência para as ESF, conforme as definições a seguir:</b>	
a) PESQUISA DE BAAR	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
b) DOSAGEM DE URÉIA, CREATININA E ÁCIDO ÚRICO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
c) ELISA PARA HIV	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
d) GLICEMIA PLASMÁTICA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
e) HEMOGRAMA COMPLETO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
f) URINA (CULTURA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
g) URINA (SUMÁRIO)	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
h) TIPAGEM SANGUÍNEA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
i) VDRL	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
j) CITOPATOLOGIA DE COLO DE ÚTERO	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
k) COLPOSCOPIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
l) ELETROCARDIOGRAFIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
m) RX SEM CONTRASTE	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
n) ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	1 - <input type="checkbox"/> SIM 2 - <input type="checkbox"/> NÃO 3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE

<b>5.2 - Assinale a disponibilidade de referência de serviços assegurada na rede SUS para o encaminhamento dos usuários atendidos pela ESF, conforme as definições a seguir:</b>			
a) FISIOTERAPIA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
b) SAÚDE MENTAL (CONSULTA PSIQUIÁTRICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
c) INTERNAÇÃO HOSPITALAR NAS CLÍNICAS BÁSICAS	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
d) INTERNAÇÃO HOSPITALAR ESPECIALIZADA	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
e) CARDIOLOGIA (CONSULTA MÉDICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
f) NEUROLOGIA (CONSULTA MÉDICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
g) OFTALMOLOGIA (CONSULTA MÉDICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
h) ORTOPEDIA (CONSULTA MÉDICA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
i) SERVIÇOS DE PRONTO ATENDIMENTO	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE
j) PRONTO SOCORRO (RISCO DE VIDA)	1 - <input type="checkbox"/> SIM	2 - <input type="checkbox"/> NÃO	3 - <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE 4 - <input type="checkbox"/> NÃO SABE

Parte 6 – Recursos Humanos

ATENÇÃO! ESTES ITENS SÃO FREQUENTEMENTE DEIXADOS EM BRANCO INDEVIDAMENTE.

6.1 – Registre a situação dos profissionais da ESF para as seguintes informações:

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ACUÑA, D. L. MAGRIÑA, A. P. Et al. *Los Sistemas de Salud y las Necesidades y Demandas de los Ciudadanos*. Documento nº 1 – I CUMBRE IBEROAMERICANO DE MEDICINA FAMILIAR. Sevilla, Espanha; maio, 2002.
- ARRETCHE, M.T.S. 2001. Tendências no Estudo sobre Avaliação. In: RICO, E.M. (org.) *Avaliação de políticas sociais: Uma questão em debate*. 3.ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, p. 29-39.
- ANDRADE, F. M. O. *O Programa Saúde da Família no Ceará: Uma análise de sua estrutura e funcionamento*. (Tese de Mestrado) 1v. 94p. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará – Saúde Pública, 1998.
- BERMUDEZ, J.A.Z.; COSENDEY, M.A.E.; HARTZ, Z.M.A.; Validação de um instrumento para avaliação da qualidade da assistência farmacêutica. 2002 (aceito para publicação nos Cadernos de Saúde Pública, 2003).
- BERTONCINI, J. H. *Da Intenção ao Gesto – Análise da Implantação do Programa Saúde da Família em Blumenau*. (Tese de Mestrado) 1v. 140p. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Saúde Pública, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da comunidade. Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília, 1994, 18p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: Construindo um novo modelo; os municípios já têm histórias para contar*. Caderno de Saúde da Família, Brasília, 01 (1): jan-jun. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para organização da atenção básica. Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília, nov.1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano I, n. 2. Brasília, jun-jul. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS/01/2001, Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano II, n. 4. Brasília, jan.2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, 80 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família: A implantação da unidade de saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 44 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica e Saúde da Família, 27 a 29 de novembro de 2001: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 74 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília, 2001, 128p.
- CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estudos Avançados*, 13(35), 1999.
- COHEN, E.; FRANCO, R. Avaliação de projetos sociais. Petrópolis/RJ: Vozes, 1993.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; POVIN, L.; DENIS, J-L; BOYLE, P. 1994. *Saber Preparar uma Pesquisa*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.

- FARIA, M.R. 2001. Avaliação de programas sociais: evoluções e tendências. In: RICO, E.M. (org.) *Avaliação de políticas sociais: Uma questão em debate*. 3.ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, p. 41-49.
- HARTZ, Z.M.A.;1997. Explorando Novos Caminhos na Pesquisa Avaliativa das Ações de Saúde. In HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.19-28.
- LOBO, T. 2001. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão. In: RICO, E.M. (org.) *Avaliação de políticas sociais: Uma questão em debate*. 3.ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, p. 41-49.
- MENDES, E.V. Os Grandes Dilemas do SUS. Tomo II. Casa da Qualidade – ISC, Salvador, 2001.
- MINAYO M. C. S.; SOUZA E. R.; ASSIA, S. G.; CRUZ NETO, O.; DESLANDES S. F. & SILVA, C. M. F. P. 1999. Avaliação dos Centros de Apoio de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/côas da região Nordeste do Brasil. *Cad. De Saúde Pública*, 15(2):355-367.
- PEREZ, J.R.R. 2001. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, E.M. (org.) *Avaliação de políticas sociais: Uma questão em debate*. 3.ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, p. 41-49.
- PAIM, J.S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra hegemonia. *Interface*, 5(9): 133-149, 2001.
- RATTNER, D. 1996 A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(2):33-42.
- SILVA Jr, A.G.; Modelos Tecnoassistenciais em Saúde – O debate no campo da Saúde Coletiva. HUCITEC, São Paulo, 1998.
- SOUZA, H. M. Programa Saúde da Família: entrevista. *Revista Brasileira de Enfermagem* (publicação da Associação Brasileira de Enfermagem. vol. 53, n. especial, dez. 2000. Entrevista.
- SOUZA, H. M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B. e Viana A. L. D. (org.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. 1.ed. São Paulo: Sobravine; Celag,2002, p. 221-240
- TEIXEIRA, S.A. O Programa de Saúde da Família e sua relação com as Dimensões da Sustentabilidade. (Tese de Mestrado). 1v. 180p. Brasília: Universidade de Brasília – Desenvolvimento Sustentável. 2001.
- TESTA, M. Pensar em Saúde. Porto Alegre, Artes médicas/ABRASCO, 1992.
- VUORI, H. 1991. A qualidade da Saúde. *Divulgação em Saúde para Debates*. Nº5:17-25.
- ZURRO, A.M. & PÉREZ, J.F.C., Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Ediciones Harcourt, S.A., 4º edición, Barcelona, 1999.

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – Relatório de Gestão 1998/2001. Brasília: SAS/ Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final. Coordenado por Maria Helena Machado. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 146p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 65 p.
- CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface: comunicação, saúde, educação* 2001 agosto; 5(9):133-149.

- CAMPOS, F. E.; CHERCHIGLIA, M. L.; AGUIAR, R. A. T. Reflexões sobre a Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Ano II, nº 5, maio de 2002, edição especial.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.-L. PINEAULT, R. (1997) – A avaliação na área da 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: Ed. Fiocruz: p.29-48.
- DAIN, Sulamis. Pesquisa: Análise de reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades: padrões de custo e financiamento. Resumo executivo – pesquisa não publicada
- DENIS, J. L. & CHAMPAGNE, F. (1997) – Análise da Implantação. In HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: p. 49-88.
- DONABEDIAN, A. 1980 Veinte años de investigación en torno de la calidad de la atención médica, 1964-1984. *Salud Pública de México*, 8(3):243-265.
- FELISBERTO, E. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no Estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999. Recife, 2001. 93 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia Social e Políticas Públicas de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
- FINKELMAN, J.; SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EXPERIÊNCIAS EM ATENÇÃO BÁSICA / SAÚDE DA FAMÍLIA, 2, 2001: relatório final/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2002.
- HARTZ, Z.M.A.; CHAMPAGNE, F; LEAL, M. C.; CONTANDRIOPULOS, A. P.; 1997. Avaliação do Programa Materno Infantil: Análise de Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil. In HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.89-131.
- HARTZ, Z.M.A. 1999. Avaliação dos Programas de Saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):341-354.
- HARTZ, Z.M.A.; 2000. Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em Saúde para Debate*, 21:29-35.
- HARTZ, Z.M.A.; Institucionalizando a Avaliação em Saúde: Lições (Inter) Nacionais nas Evocações da França. Texto adaptado de: HARTZ, Z.M.A.; Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internacionais over fast food and sur mesure over ready-made. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2); p.229-260, 1999.
- MACHADO, M.H et ali. *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997
- MEDINA, M.G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A.L.B. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde em Debate*; (21): 15-28.
- MENDONÇA, C.S.; SAMPAIO, L.F.R. e LIMA, P.G.A. Saúde da Família: Avanços e Perspectivas. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Ano II, nº 5, maio de 2002, edição especial.
- MOKATE, K. Convertiendo el “monstruo” em aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. *Revista do Serviço Público*, Fundação Escola Nacional de Administração Pública. Brasília, Ano 53, n.1, p. 91-153, jan-mar 2002.
- SAMPAIO, L.F.R e SOUZA, H.M. Atenção Básica: Políticas, Diretrizes e Modelos Coetâneos no Brasil Atual. In: RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: POLÍTICA, DESENVOLVIMENTO E MERCADO DE TRABALHO. Barjas Negri, Regina Faria e Ana Luiza Viana, Organizadores. NEEP/ Unicamp 2002. No prelo.
- SILVER, L. (1992) –Aspectos Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde. In Gallo E.; F.J.U. Riveira & M.H.Machado (orgs): Planejamento Criativo. Novos Desafios em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro, Editora relume-Dumará.

SOUZA, H.M. Reforma da Reforma [editorial]. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano II, nº 4, janeiro de 2002.

STARFIELD, B. 1992. Medicion de los logros de la atencion primaria. In: *OPAS, Investigaciones sobre Servicios de Salud*, pp. 761-769.

STARFIELD, B. Atención Primaria – equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia. Barcelona: Masson; 2001.

STARFIELD, B. Avaliação de Programas e Sistemas de Atenção Primária: um enfoque da população, apresentado em La Plata – Argentina, março de 1998.

VIANA, A. L. d'A; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* 1998; 8(2):11-48.