

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE
COLETIVA**

MARIA CIRLENE CASER

**O PACTO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA:
CONTANDO EXPERIÊNCIAS E BUSCANDO NOVAS
POSSIBILIDADES NA CONSTRUÇÃO DO SUS – O CASO
VITÓRIA/ES**

**VITÓRIA
2006**

MARIA CIRLENE CASER

**O PACTO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA:
CONTANDO EXPERIÊNCIAS E BUSCANDO NOVAS
POSSIBILIDADES NA CONSTRUÇÃO DO SUS – O CASO
VITÓRIA/ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração: Política, Administração e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima.

VITÓRIA
2006
MARIA CIRLENE CASER

**O PACTO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA:
CONTANDO EXPERIÊNCIAS E BUSCANDO NOVAS
POSSIBILIDADES NA CONSTRUÇÃO DO SUS- O CASO
VITÓRIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração: Política, Administração e Avaliação em Saúde.

Aprovada em _____.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Dr.^a Sheilla Diniz Silveira Bicudo
Prefeitura Municipal de Vitória

Prof^a. Dr.^a Alacir Ramos da Silva
Universidade Federal do Espírito Santo

À minha família que sempre foi a base de tudo, pela
força que me deram (mesmo sem entenderem direito
o que eu estava fazendo no mestrado).

Ao Netinho e Matheus, meus filhos queridos, razão
da minha motivação.

AGRADECIMENTOS

A DEUS acima de tudo

.

À minha orientadora que tanto me ensinou.

Aos meus mestres do PPGASC.

Aos meus amigos que sempre estiveram comigo nos diferentes momentos da minha produção, em especial a Beth Madeira, pela contribuição e pela escuta.

A minha turma de mestrado que na minha opinião é única.

A equipe de professores da EMESCAM pela compreensão e pela ajuda.

A Sissa por ter me ensinado a colocar emoção no trabalho.

Ao Luiz Claudio, Sheila e Nazaré, chefe e ex-chefes, por terem apoiado a realização deste trabalho. Enfim, aos colegas de trabalho do IESP que puderam compreender a minha ausência.

A minha sobrinha Aline, pela contribuição.

Aos atores que responderam à pesquisa.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.”

Paulo Freire

RESUMO

Essa pesquisa aborda o Pacto da Atenção Básica como instrumento de gestão para as ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Constitui-se numa pesquisa qualitativa que busca identificar a contribuição dada por este instrumento aos gestores municipais de saúde, visando à organização da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Analisa por meio de entrevista semi-estruturada com os atores envolvidos como tem se constituído os processos de trabalho e os limites da participação da sociedade civil neste processo. Os achados deste estudo identificaram que o Pacto tem sido entendido como instrumento de gestão pelos atores envolvidos, porém mais efetivamente por aqueles atores responsáveis com o processo de gestão do sistema municipal de saúde, que são: o secretário de saúde, o coordenador municipal das equipes de Saúde da Família e os coordenadores das Unidades de Saúde da Família. Desta forma, percebe-se que a utilização do pacto como instrumento de gestão para o Monitoramento e Avaliação das ações da Atenção Primária à Saúde no território das equipes ainda não se efetivou. Há ensaio de aproximação com o tema, porém esta articulação tem sido feita apenas com os gerentes das Unidades de Saúde da Família. O Conselho Municipal de Saúde não tem participado do processo de discussão do pacto. Desta forma, os achados deste estudo nos permitem afirmar haver ainda um longo caminho a percorrer na institucionalização do processo de monitoramento e avaliação para este nível de atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Pacto da Atenção Básica; Saúde da Família, Gestão em Saúde, Avaliação, Monitoramento e, Controle Social.

ABSTRACT

The research is about the Basic Attention Pact as instrument of management for the actions of Monitoring and Evaluation of Primary Attention to Health. It is a qualitative research, which goal is identifying the contribution given by that instrument to the municipal managers of health, aiming at organizing the Primary Attention to Health, in the SUS ambit. It analyses through a semi structured interview with the actors involved how the processes of work are constituted and the participation limits of the civil society in the process. The findings identified that the Pact has been seen as a management instrument by the actors involved, however, more effectively for those actors responsible for the management process of the municipal system of health, which are: the Secretary of Health, the municipal coordinator of the Family Health groups and the coordinators of the Family Health Units. This way, it is noted that the use of the pact as management instrument for the Monitoring and Evaluation of actions of Primary Attention to Health in the groups' territory has not been effected yet. There is an approximation rehearsal with the theme, but that articulation has only been made with the Family Health Units managers. The Municipal Health Board has not participated in the process of the pact discussion. This way, the study findings make possible to affirm the existence of a long path to run in the institutionalization of the monitoring and evaluation process for this level of attention.

Keywords: Primary Attention to Health. Basic Attention Pact. Family Health. Health Management. Evaluation. Monitoring. Social Control.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Evolução da implantação das equipes de saúde da família no Espírito Santo de 1998-2006.....	69
Tabela 2. População residente no Espírito Santo, segundo faixa etária.....	72
Tabela 3. Categorias profissionais dos participantes da oficina do Pacto da Atenção Básica, ES, 2005.....	81
Tabela 4. Função desempenhada nos municípios pelos profissionais presentes na oficina de monitoramento do Pacto da Atenção Básica, ES, 2005.....	82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo.....	67
Figura 2. Região Metropolitana da Grande Vitória.....	71
Figura 3. Número total de servidores/SEMUS: 2.594.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características do processo de pactuação no Brasil.....	33
Quadro 2. Distribuição das redes de serviço do Município de Vitória.....	73

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CLS – Conselho Local de saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESB – Equipe Saúde Bucal

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SIABA – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIS - Sistema Integrado de Serviços de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO.....	20
2.1 Atenção Primária à Saúde: (re)visitando os contextos da reforma sanitária brasileira.....	20
2.1 Avaliação dos serviços de saúde: uma possibilidade no contexto da construção do SUS.....	25
2.3 O Pacto da Atenção Básica: um instrumento para a avaliação e o monitoramento da APS.....	30
2.4 Gestão em saúde: uma ferramenta mediadora dos avanços e desafios na organização da Atenção Primária à Saúde.....	37
2.5 Controle social: uma aproximação com os diferentes conceitos.....	44
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	51
3.1 Quadro metodológico.....	51
3.2 Objetivos.....	54
3.3 Definição do método.....	54
3.4 Cenário da pesquisa.....	55
3.5 Sujeitos da pesquisa.....	56
3.6 Coleta de dados.....	57
3.7 Análise dos dados.....	60
4 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DA PESQUISA.....	62
4.1 Caracterização do Estado do Espírito Santo.....	62
4.2 O Programa de Saúde da Família no Estado do Espírito Santo.....	67
4.3 Caracterização do Município de Vitória.....	69
5 O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA APS CONDUZIDO PELA SESA.....	76
5.1 A certificação das equipes do PSF.....	76
5.2 O processo de condução do Pacto da Atenção Básica realizado pela SESA.....	77
6 O PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA GESTÃO DA APS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA E AS ESTRATÉGIAS PARA A SUA CONDUÇÃO.....	83
6.1 Os olhares dos profissionais das equipes de saúde da família.....	83
6.2 Os olhares dos gestores municipais.....	88
6.3 Os olhares dos conselheiros municipais de saúde.....	98
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
8 REFERÊNCIAS.....	108

APÊNDICES.....	113
APÊNDICE A - Termo de consentimento informado livre e esclarecido usuário.....	114
APÊNDICE B - Roteiros das entrevistas.....	118
APÊNDICE C – Caracterização dos entrevistados.....	121
ANEXOS.....	126
ANEXO 1 - Sistema de Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica: relação de indicadores e metas propostas pelos municípios com 80 mil e mais habitantes para 2006: Município de Vitória, ES.....	127
ANEXO 2 – Folha de aprovação do Comitê de Ética.....	128

1 INTRODUÇÃO

Na trajetória percorrida desde o início da nossa atuação profissional como técnicos da SESA, as questões referentes à Atenção Primária à Saúde sempre estiveram presentes nas funções exercidas e incitaram o nosso desejo de aprofundar o conhecimento nesta área.

Diversos países adotam a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para organizar e ordenar os recursos da área da saúde para que atendam de forma mais eficiente às necessidades da população.

Esta concepção da Atenção Primária como pilar da estruturação dos sistemas de saúde tende a superar visões mais restritas que a compreendem como um meio para ofertar serviços às populações marginalizadas ou, unicamente, como mais um nível de assistência (MENDES, 2002, p. 7).

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, pautado nas experiências e produções científicas internacionais, dos países que já fizeram esta reforma, e que adotam a Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante, também propõe esta mudança no Sistema Único de Saúde.

A partir do ano de 1993, a proposta política definida pelo Ministério para a inversão do modelo sanitário é a Estratégia Saúde da Família, cuja prática sanitária pauta-se na vigilância em saúde. Para acompanhar esta proposta de inversão de modelo, propõe-se o processo de monitoramento das ações de APS através de um instrumento normativo denominado Pacto dos Indicadores da Atenção Básica.

Para avançar no movimento de consolidação do SUS, o Ministério da Saúde agrega apoio institucional e conquista aliados; o que necessariamente aponta para novas práticas de Atenção à Saúde, reorientação dos novos processos de trabalho e, conseqüentemente, novos processos de avaliação destas ações.

Para normalizar esses processos, ainda em 1998, foi publicada a Portaria Ministerial GM/MS nº 3.925 de 13/11/1998 que contém o Manual para a Organização da Atenção Básica, contendo o primeiro elenco de indicadores a serem pactuados pelas três esferas de governo, instituindo assim o Pacto da Atenção Básica como instrumento de monitoramento e avaliação da APS.

Um dos objetivos do Pacto é que este seja utilizado pelos gestores da saúde como um instrumento de gestão para o monitoramento e avaliação da APS. Para que tal objetivo seja perseguido, é necessário que se avance no processo político de institucionalização da avaliação.

Seguindo esse movimento nacional que propõe a adoção da Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde, em 1998 o Estado do Espírito Santo assumiu a Estratégia Saúde da Família como o modelo sanitário para a organização da APS.

Naquela época, a convite da gestão estadual e movidos pelo ideal de contribuir com a proposta de reestruturação do modelo assistencial à saúde, assumimos a coordenação da Estratégia Saúde da Família no Estado.

A função de coordenação estadual da Estratégia Saúde da Família foi fundamental para nossa vida profissional, pois a partir de então, tivemos a oportunidade de participar de diversos fóruns de discussões sobre a APS, ficando cada vez mais clara a necessidade de se institucionalizar o processo de monitoramento e avaliação das ações que estavam sendo implementadas pelos gestores do SUS.

Assim, participamos ativamente do processo de discussão do Pacto da Atenção Básica encaminhado pela gestão estadual, assumindo a partir do ano de 2002 a coordenação do processo.

Nessa trajetória profissional, procuramos entender e encaminhar a gestão do Pacto de forma dinamizadora, propondo um processo além do aspecto burocrático que as normas institucionais sugerem para um processo dinamizador com o objetivo de contribuir para que os gestores municipais se apropriassem deste instrumento como

uma possível ferramenta que impulsionasse a institucionalização do processo de monitoramento e avaliação.

Aliada a esses aspectos anteriormente mencionados o “afastamento” exigido pelo mestrado possibilitou olhar, refletir, criticar e des-construir novos olhares sobre esse processo em construção: O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica.

Nesse sentido, a questão colocada como desafio nesta pesquisa que agora apresentamos foi compreender como os gestores e os profissionais de saúde vão introduzindo nos espaços institucionais formas singulares de gestão.

Uma outra pergunta que se impôs foi: como sair da lógica do financiamento para a lógica de produção social da saúde, de avaliação de resultados, com o alcance de metas positivas que impulsionem a organização dos serviços de saúde, buscando induzir o processo de planejamento e organização de ações através da incorporação da avaliação de diferentes dimensões que compõem o objeto da Atenção à Saúde? Esta questão aponta para a necessidade de se estudar lógicas de gestões baseadas na Atenção Primária à Saúde.

No Espírito Santo, passados sete anos da implantação do Pacto da Atenção Básica, não existem ainda estudos sistematizados sobre os resultados alcançados por esse instrumento, no sentido de levantar e organizar informações sobre a potência e os limites desse instrumento de gestão para o monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde.

Para a consecução desses objetivos, elaboramos um projeto de pesquisa, enfocando a abordagem teórica da temática estudada e o planejamento dos instrumentos de pesquisa, coleta de dados em campo e análise dos mesmos. Visávamos, desse modo, sistematizar o aporte teórico de conceitos gerais e específicos diretamente relacionados com o objeto de investigação proposto, bem como a operacionalização da pesquisa de campo, observando os procedimentos científicos apropriados.

A consolidação desses dados resultou na presente dissertação. O material produzido foi organizado em 05 capítulos, nos quais procuramos expor as principais

implicações teóricas da questão posta em discussão articuladas aos achados da pesquisa e que passaremos a descrever.

No capítulo 1, apresentamos a revisão de literatura, onde trabalharemos a historicidade e os conceitos referentes à Atenção Primária a Saúde, à avaliação das ações de saúde como uma exigência do contexto da construção do SUS, e ao Pacto da Atenção Básica como instrumento proposto pelo MS para avaliar e monitorar as ações da APS. Fizemos ainda uma aproximação com o tema Gestão em Saúde como subsídio para o entendimento do objeto de estudo proposto e trabalha-se ainda o conceito de Controle Social.

Na metodologia, no capítulo 2, abordamos os conceitos essenciais à elaboração da proposta metodológica escolhida para o desenvolvimento do estudo, o contexto da investigação, a coleta dos dados empíricos e o método para a análise destes dados.

No capítulo 3, apresentamos a contextualização do campo da pesquisa apresentado, a situação da organização da APS no Espírito Santo e no Município de Vitória. Fazemos uma incursão sobre o processo de avaliação e monitoramento da APS.

No capítulo 4, descrevemos o processo de monitoramento e avaliação desenvolvido pela SESA.

No Capítulo 5 apresentamos os dados empíricos da pesquisa, caracterizando o processo de monitoramento e avaliação do Município de Vitória.

Ao final, a guisa de conclusão, levando em conta os objetivos da investigação proposta e à luz das principais questões abordadas pelos capítulos anteriores, apresentamos os resultados mais relevantes da pesquisa, oferecendo algumas considerações que poderão significar uma contribuição para encaminhamentos de instrumentos que venham a ser propostos para a dinamização da gestão municipal.

É importante destacar, como bem coloca Minayo (1977, p. 17) “[...] o ciclo da pesquisa como um processo de trabalho que dialeticamente termina num produto provisório e recomeça nas interrogações lançadas pela análise final”.

Portanto, ao finalizar este estudo, temos a expectativa de que os resultados sirvam de base para outros estudos e que contribuam como subsídio às discussões para fortalecer o processo de institucionalização da avaliação e monitoramento da APS tanto no nível local quanto em nível nacional.

2 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

2.1 Atenção Primária à Saúde: (re)visitando os contextos da reforma sanitária brasileira

Várias produções teóricas foram desenvolvidas com a intenção de conceituar a Atenção Primária à Saúde - APS. O consenso sobre o seu conceito, deliberado pela Assembléia Mundial de Saúde realizada em Alma Ata de 1978 e confirmado em sua reunião subsequente em maio de 1979, foi:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade quanto o país possa arcar em cada estágio de desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e auto determinação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2002 apud SANTOS, 2004, 12).

A Conferência de Alma-Ata deliberou também que os componentes fundamentais da APS eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de água e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional. Segundo Starfield (2002, p. 28),

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde.

Os princípios da APS definidos por Starfield são: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária.

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e família. A integralidade exige a prestação pela, equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A Coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. A focalização na família torna indispensável considerar a família como sujeito da atenção o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva (STARFIELD apud MENDES, 2002, p. 13).

Segundo Mendes (2002, p.13),

O correto entendimento do conceito da APS dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização desses princípios ordenadores. Só haverá uma atenção primária à saúde de qualidade quando esses seis princípios estiverem sendo estabelecidos, em sua totalidade.

O CONASS definiu pela utilização da terminologia APS,¹, conceituando-a como:

¹Os Secretários Estaduais de Saúde das 27 unidades da Federação, reunidos no 1º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, em Sergipe, em julho de 2003, decidiram pela realização de um Seminário de Secretários Estaduais de Saúde específico para o aprofundamento das questões relativas à APS, paralelo com a realização de uma oficina de trabalho com participação de técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde responsáveis pela coordenação da área da Atenção Primária. A 1ª Oficina do CONASS com os coordenadores Estaduais foi realizada em Brasília entre 6 e 9 de outubro de 2003, e teve por objetivo construir propostas de estratégias e de atividades necessárias para a operacionalização das atribuições e responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde na Atenção Primária, tendo resultado num documento que subsidiou o debate entre os Secretários de Saúde no 2º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, realizado em Salvador, BA, nos dias 27 e 28 de novembro de 2003.

A atenção primária à saúde é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção primária à saúde deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (SEMINÁRIO DO CONASS PARA A CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS, 2004, p.7)

A APS como pilar da estruturação dos sistemas de saúde tende a superar visões mais restritas que a compreendem como um meio para ofertar serviços a populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência (MENDES, 2002).

A partir dessas proposições é que vários países do mundo vêm adotando a APS, como eixo estruturante do sistema de saúde, com o objetivo de organizar e ordenar os recursos deste setor, melhorando desta forma o atendimento às necessidades de suas populações. Vários são os países que já tiveram resultados empiricamente comprovados (MENDES, 2002).

No Brasil, nos últimos anos, dadas as transformações no quadro epidemiológico expressas pelo aumento da expectativa de vida e do aumento das doenças crônicas degenerativas e pela necessidade de reestruturação no Sistema Público de Saúde, é que o Movimento de Reforma Sanitária, pautado nas experiências e produções científicas internacionais sobre a APS, vem agregando apoio institucional e conquistando aliados. O que necessariamente

[...] aponta para novas práticas de atenção à saúde, novos processos de trabalho e conseqüentemente novos processos de avaliação destas ações. Com este objetivo, em 1993 o Ministério da Saúde assumiu como proposta política nacional a Estratégia Saúde da Família como proposta para a reestruturação do modelo assistencial

vigente. A missão da Estratégia Saúde da Família é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica², em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, impulsionando uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Os Secretários Estaduais de Saúde no 2º Seminário para construção de consensos do CONASS reiteraram estes princípios, destacando que:

O PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial, constitui-se num processo dinâmico que permite a implantação dos princípios e diretrizes da atenção primária à saúde, devendo se constituir como ponto fundamental para a organização da rede de atenção, sendo o (primeiro) contato preferencial com a clientela do SUS (SEMINÁRIO DO CONASS PARA A CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS, 2004, p. 7).

A Estratégia Saúde da Família pauta-se nos seguintes princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social (BRASIL, 1988).

Avanços significativos na direção da organização do Sistema de Saúde, na priorização da APS, através da Estratégia Saúde da Família, vêm sendo observados.

Do ponto de vista jurídico institucional³, existem as Normas Operacionais. A NOB/SUS 01/96 impulsiona o processo de descentralização, havendo uma adesão pelas Secretarias de Estado da Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde às responsabilidades de gestão dos sistemas loco-regionais, sobretudo no que se refere à APS.

²O termo Atenção Básica tem sido utilizado pelo Ministério da Saúde como uma terminologia própria, para denominar o PSF. Atualmente alguns autores já vêm utilizando a terminologia internacional para a Atenção Primária.

³A Constituição Federal de 1988 estabelece que as ações e serviços públicos de saúde devem estar organizados de forma regionalizada (Art. 198) e prevê a cooperação inter-governamental como requisito ao “equilíbrio do desenvolvimento e do bem estar em âmbito nacional” (Parágrafo Único do Artigo 23). O papel de cada esfera de governo no SUS está detalhado na Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e pela NOAS/SUS 01/2002, Cap. III, que estabelece os critérios de habilitação de Municípios e Estados, explicitando as responsabilidades dos gestores municipais e estaduais.

A NOB/96 instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB), trazendo uma mudança significativa na lógica do financiamento da atenção à saúde, pois passou a operar com a distribuição *per capita* dos recursos e não mais com a lógica da produção. Instituiu ainda o PAB variável que contempla incentivos para a implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde.

Apesar dos avanços na quantidade de equipes de saúde da família implantadas, no Brasil, através dos incentivos instituídos pelo PAB, as condições propostas para um sistema de incentivos não estão presentes.

Segundo Mendes, a visualização deste aspecto está presente no fato dos incentivos não estarem bem focados e não existirem sistemas potentes de monitoramento e avaliação.

O sistema de incentivos é um dos elementos mais decisivos num contrato e deve assegurar o equilíbrio entre as contribuições e as redistribuições através de recompensas e penalidades, coerentes e claras, para as duas partes. Para que as relações contratuais funcionem adequadamente, algumas condições são necessárias: a clareza dos objetivos e sua inserção no conteúdo do contrato; a existência de sistemas de gestão e de informação que permitam monitorar e avaliar os produtos acordados no contrato; a disponibilidade de recursos humanos capacitados para gerenciar contratos nas instituições contratante e contratada; o sistema de remuneração dos serviços deve ser atrativo para os prestadores; os incentivos devem poder ser interrompidos pelo *descumprimento dos objetivos*; os serviços a serem contratados devem estar disponíveis por parte dos prestadores de serviços; e deve haver uma autonomia de gestão dos prestadores de serviços compatível com o alcance dos produtos contratados (MENDES, 2002, p. 44).

Os valores dos recursos do PAB, em geral, não têm sido suficientes e, portanto, não têm se constituído em atrativos para induzir ao cumprimento dos objetivos. Essa situação aponta a necessidade de se rever os incentivos vigentes, para que estes possam ser transformados num sistema gerencial potencializador de políticas saudáveis de APS, e como instrumento para acelerar o processo de transição do modelo convencional para o modelo de vigilância à saúde através da implantação de equipes de Saúde da Família.

Diante deste novo quadro apresentado pela conjuntura nacional no setor saúde, com a decisão de priorizar a APS para a reorganização dos sistemas de saúde, têm-se ampliado também as discussões a cerca da necessidade da qualificação da APS. A necessidade de se institucionalizar a avaliação nos serviços de saúde está bastante presente nas discussões dos fóruns de gestores de saúde, bem como nas produções de pesquisadores da área. Uma das principais dificuldades que vem sendo apontadas é a falta de metodologias e instrumentos para este fim.

Os desafios para enfrentar as dificuldades estão apresentados no documento da FIOCRUZ (2003, p. 90):

- Como discriminar variações de desempenho? O que é controlável e incontrolável, isto é, o que é resultado do sistema de saúde (*outcomes*) e o que não é;
- Como identificar o que deve ser acionado para melhorar o desempenho;
- Como estabelecer padrões ou *benckmarks* para avaliar o desempenho?

Dessa forma, para compreender a avaliação no contexto institucional, como instrumento fundamental para o planejamento e a gestão das ações do SUS, faz-se necessário conhecer a abordagem dos conceitos trabalhados nesta área.

2.2 Avaliação dos serviços de saúde: uma possibilidade no contexto da construção do SUS

Dado o avanço da reforma no campo da saúde, com a proposta de fortalecimento da APS como eixo estruturante do sistema de saúde, cresce a necessidade de se expandir o campo da avaliação tanto no que diz respeito à produção científica, bem como às estratégias de institucionalização desta prática no âmbito da gestão dos serviços.

Segundo o relatório da Comissão de trabalho para Avaliação da Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 676-GM/MS, os processos de avaliação no âmbito da saúde ainda são muito incipientes, não tendo sido incorporados aos serviços de

saúde de forma sistematizada. O que existe são propostas isoladas "[...] que não resultam de fato, de processos de negociação, adotando um caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e gestão" (BRASIL, 2003, p. 9).

De acordo com a Comissão, o processo de avaliação, portanto, "[...] não se constitui ainda, em instrumento de suporte ao processo decisório nem de formação dos sujeitos que, em tese, deveriam estar envolvidos (profissionais de saúde, gestores e usuários do sistema de saúde)" (BRASIL, 2003, p. 9).

Ainda existe, portanto, uma importante lacuna relacionada à incorporação do conhecimento produzido no plano da investigação pelos profissionais de saúde e pelos gestores.

Alguns fatores contribuem para esta situação, um deles é o fato das principais características da avaliação serem "[...] a diversidade conceitual e terminológica, a pluralidade metodológica e a multitudine de questões consideradas como pertinentes" (VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p. 17).

No que se refere à avaliação da APS, esses aspectos são ressaltados pela comissão de avaliação do MS/DAB/CAA, pois esta aponta que as dificuldades em conduzir/implementar processos de avaliação estão ligados

[...] a) a distância que separa a concepção que constitui a imagem-objetivo da atenção básica e o que vem sendo exercido na prática dos serviços de saúde e b) a necessidade de que a avaliação possibilite a percepção de mudanças na perspectiva de reorganização do sistema de reorientação das práticas [...] A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora esta dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham responsabilidades (BRASIL, 2003, p. 9).

Nesse sentido, é importante ressaltar que o entendimento conceitual sobre avaliação é um passo importante para a sua implementação junto aos serviços.

A avaliação compreendida como "[...] parte integrante do processo de gestão, tem, dentre outros objetivos, a busca de maior eficiência e maior eficácia dos serviços" (TANAKA; MELO, 2004, p.129).

A avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca da cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito (VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p.17).

Na década de 80, Donabedian (apud PEREIRA, 2002, p. 540) apresentou "[...] um modelo, que é utilizado por diversos países do mundo, como referência para a avaliação dos serviços de saúde. Ele separa os componentes básicos para uma avaliação de qualidade em três categorias: estrutura, processos e resultados".

A avaliação de estrutura diz respeito aos recursos ou insumos utilizados na assistência. Neste componente da avaliação, deve-se conhecer a quantidade de recursos humanos, financeiros e materiais, bem como as suas especificidades e a maneira como estão organizados, com suas responsabilidades claramente definidas (PEREIRA, 2002).

Na avaliação do processo, deve-se identificar os procedimentos "necessários" para o manejo dos casos atendidos e verificar se eles foram realmente aplicados, na forma na qual deveriam ter sido. Além disso, permite-se identificar os procedimentos "desnecessários" que podem ser limitados ou abandonados, de modo a apontar para alternativas melhores a serem recomendadas. Espera-se da avaliação de processo a melhoria da assistência e a economia de recursos. A avaliação de processo faz-se de forma individual, pela verificação caso a caso e coletivo, pela comparação de coeficientes e média (PEREIRA, 2002).

A avaliação de resultados significa saber o que ocorre com as pessoas após passarem pelos serviços de saúde. A busca da mensuração desses resultados tem

sido através da análise da satisfação dos usuários e dos níveis de saúde/doença das pessoas e da coletividade.

A principal dificuldade da avaliação de resultados constitui-se na identificação dos indicadores para este fim. Outro aspecto limitador desta avaliação é aquele que ocorre no momento em que o fato a ser avaliado já houver ocorrido e, portanto servir apenas de balizamento para o futuro. As três categorias que compõe o modelo nem sempre são facilmente separadas. Enquanto a distinção entre a estrutura e os demais componentes é aparentemente mais simples de ser feita, o mesmo não acontece entre processo e resultado. Daí a necessidade da avaliação ocorrer concomitantemente na cadeia de acontecimentos, por atuação na estrutura, no processo, ou em ambos, com o objetivo de evitar ou minimizar os resultados desfavoráveis e, assim, melhorar a qualidade dos serviços (PEREIRA, 2002).

Na tentativa de contribuir para o debate acerca da avaliação dos serviços de saúde, alguns autores trabalham com os conceitos de monitoramento e avaliação.

Para Hartz (2002), o monitoramento é a análise continuada dos sistemas de informação, que acompanha procedimentos, produtos e situações de saúde. O monitoramento assessora o processo de planejamento ao organizar o fluxo de informações (quantitativas e qualitativas), analisa os dados de forma a verificar se o projeto/programa está sendo realizado como foi previsto inicialmente e propõe soluções imediatas para atrasos, restrições ou acontecimentos imprevistos. Ele pode até propor a revisão dos objetivos, pressupostos ou dos procedimentos de execução. O monitoramento contribui com o processo de avaliação, pois oferece um sistema de informação sobre o objeto avaliado.

O monitoramento não utiliza pesquisa avaliativa, seu foco está direcionado nos produtos e nos resultados imediatos, sendo desenvolvido por avaliadores internos munidos de dados de rotina (PEREIRA, 2002).

Avaliar, segundo Hartz (2002, p. 31), significa:

Fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Qualquer intervenção pode sofrer os dois tipos de avaliação.

A avaliação constitui-se num recurso importante para determinar se uma intervenção deve ter continuidade, se está sendo efetiva ou, ainda, se necessita de financiamento adicional. A avaliação permite, portanto, a mudança de atitudes e práticas em busca de resultados positivos para o desempenho dos serviços de saúde.

A avaliação acontece paralelamente ao processo de planejamento e implantação de um programa, constituindo-se num processo contínuo de fornecimento de *feed back* sobre o desenvolvimento, pois subsidia a reflexão de resultados, possibilitando obter dados para elaboração de estratégias futuras. A avaliação é episódica, com foco na efetividade e no impacto, feito por avaliadores externos munidos de dados gerados por estudos e investigações específicas.

Para Hartz (2002, p.13),

Institucionalizar a avaliação tem o sentido de integrá-la em um sistema organizacional qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão.

Um estudo realizado pela FIOCRUZ (2003) sobre os modelos de avaliação dos sistemas de saúde instituídos por diversos países, concluiu que não existem acordos ou consenso sendo construídos entre as organizações internacionais e os países sobre conceitos e medidas de desempenho, ainda que existam pontos de contato entre as distintas metodologias que vêm sendo propostas e aplicadas.

Conclui, ainda, que no Brasil não existe nenhuma iniciativa governamental coordenada no sentido de avaliar o impacto na saúde da população do desempenho do sistema de saúde e seu conjunto, apontando para o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica como a única iniciativa em nível federal que se aproxima do

desenho de um instrumento de avaliação que abarque pelo menos um determinado âmbito do SUS, a APS.

Outros autores como Mendes (2002), Medina, Aquino e Carvalho (2000) também apontam que na institucionalização da avaliação no Sistema de Saúde Brasileiro, o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica)⁴ e o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica têm sido colocados neste cenário pela esfera federal, como as principais ferramentas do processo de avaliação da gestão do SUS, no tocante às ações básicas primordiais, destacando-se na avaliação e qualificação da gestão municipal e estadual.

2.3 O Pacto da Atenção Básica: um instrumento para a avaliação e o monitoramento da APS

Dentre as funções definidas pela NOAS/SUS nº 01/2002, cabe aos gestores municipais firmarem o Pacto dos indicadores da Atenção Básica com o Estado.

Com o objetivo de avaliar em que medida os recursos financeiros repassados aos municípios pelo critério per capita estavam efetivamente sendo traduzidos em melhoria de qualidade de ações ofertadas pelos serviços de saúde na atenção básica, e o impacto dessas na melhoria das condições sanitárias da população, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto da Atenção Básica. Esta medida surge após a implantação do Piso de Atenção Básica, através da NOB nº 96 implantada em 1988 (BRASIL, 2003).

Para Felisberto, a construção e/ou fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação, com vistas a sua inserção firme e decisiva nas práticas de saúde, seja do cuidado ou da gestão, remete-nos a longos caminhos a serem

⁴O SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) foi criado pelo MS para ser utilizado pelas equipes de Saúde da Família e reflete a realidade Epidemiológica dos estados de acordo com o percentual de cobertura deste Programa.

percorridos. Entretanto, o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica apresentado pelo MS para este fim,

[...] é uma estratégia clara, objetiva, como forma de se trazer à prática do cotidiano, ao campo do real e com direcionalidade às necessidades de saúde da população, as reflexões e proposições teóricas da disciplina avaliação, tomando como referência desde as clássicas abordagens concebidas por Donabedian até as proposições de sua aplicabilidade por alguns autores que vêm contribuindo de forma importante para essa construção (FELISBERTO, 2004, p. 28).

O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica constitui-se, portanto, num instrumento jurídico normativo de acompanhamento das responsabilidades mínimas atribuídas aos Municípios e Estado, definido e regulamentado por Portaria Ministerial, que determina o cumprimento de metas acordadas entre os três níveis de gestão, em relação a um elenco de indicadores adotados para avaliação da atenção básica em saúde.

A primeira Portaria Ministerial que definiu os indicadores foi a Portaria GM/MS nº 3925 de 13/11/1998, aprovando o Manual para a Organização da Atenção Básica. Desde então, vem sendo anualmente publicadas Portarias Ministeriais⁵ que também definem as normas técnicas para o cálculo e obtenção dos indicadores bem como os prazos e fluxos do processo de pactuação em nível nacional.

Segundo publicação no informe institucional do DAB/MS, o processo de pactuação, desde a sua implantação, tem se aperfeiçoado tanto com relação a sua forma de condução quanto aos indicadores selecionados para avaliação. Em 1999, o elenco de indicadores municipais perfazia um total de 41:24 para todos os municípios e 17 específicos para as áreas do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF); em 2000, 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 um total 17 indicadores para os municípios. Os indicadores estaduais, em geral, reproduziam a relação de indicadores municipais, à

⁵Portaria GM/MS nº 476/99; GM/MS nº 832 29/06/99;; GM/MS nº 723 de 10/05/2001; GM/MS nº 1.121/2002; GM/MS nº 456/2003 de 16/04/2003; GM/MS nº 21/2005 de 05/01/2005; GM/MS nº 493/2006 de 10/03/2006.

exceção do ano de 2001 que apresentou dois indicadores exclusivos para os estados, acrescidos aos 17 que eram comuns a ambos, municípios e estados.

Para o ano de 2002, foi definida uma relação de 25 indicadores principais, pactuados por todos os estados e municípios, e uma relação de 22 indicadores complementares, de pactuação não obrigatória. No ano de 2003, após discussão interna nas áreas técnicas do Ministério e com representações do CONASS (Colegiado Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e do CONASEMS (Colegiado Nacional de Secretários Municipais de Saúde), foi aprovado em reunião da Comissão Intergestores Tripartite o elenco de indicadores que passou a ser composto de 20 principais e 14 obrigatórios, o que perfaz um total de 34 indicadores a serem pactuados por estados e municípios, tendo em vista a repetição de alguns indicadores que já constavam da Programação Pactuada Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI - ECD), atualmente denominada de PPI da Vigilância em Saúde.

No ano de 2004 e 2005 manteve-se o elenco de indicadores de 2003 e, para 2006, após discussões entre as áreas técnicas do MS e das SESA, houve algumas modificações, com o objetivo de buscar a construção de indicadores mais representativos e robustos para contribuir com a avaliação da Atenção Básica.

Entretanto, o processo de pactuação tem sido implementado de forma bastante diversa em âmbito nacional, com formas diferenciadas de condução com características de dois pólos, os quais podem ser denominados de burocrático e dinamizador (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000).

Medina trabalha com uma categorização que revela os aspectos relacionados ao processo de pactuação em lugar daqueles relacionados aos critérios, indicadores e desempenho dos municípios e estados; e assinala que o grande desafio que está colocado para os atores envolvidos é fazer a transição do pólo burocrático para o dinamizador.

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 MS para os Estados e Municípios.	Entendido como um instrumento qualificador do processo de gestão do SUS.
Pontual.	Usado cotidianamente para monitorar e avaliar as ações de saúde.
Fragmentado.	Construído de forma articulada pelas três instâncias de governo.
Sem uma efetiva articulação entre os 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.

Quadro 1. Características do processo de pactuação no Brasil.

Fonte: MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000.

A partir de 2005, através da portaria de diretrizes e normas para a atenção básica, o MS definiu como responsabilidade dos municípios: firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgar anualmente os resultados alcançados; verificar a qualidade e a consistência dos dados a serem enviados para a SES; consolidar e analisar os dados de interesse das equipes e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação; divulgar os resultados obtidos.

Desta forma, os objetivos específicos do Pacto (MEDINA, 2002, p. ?) são:

- ✓ permitir que os gestores e trabalhadores da saúde possam identificar e priorizar uma série de situações consideradas inadequadas, tanto para o funcionamento dos serviços quanto para as condições de vida e saúde da população usuária;
- ✓ articular no âmbito das Secretarias Municipais e de Estado, como também no Ministério da Saúde, setores, no intuito de ordenar ações e atividades necessárias para a mudança das situações identificadas como indesejáveis;
- ✓ contribuir na organização do processo de monitoramento de ações de saúde desenvolvidas no âmbito da atenção básica;
- ✓ tornar possível o estabelecimento de metas a serem alcançadas pela gestão municipal e estadual que guardem

- relação com problemas identificados a partir da análise da situação de saúde;
- ✓ orientar o desenvolvimento de ações articuladas a um processo contínuo de avaliação, apontar avanços e falhas no tocante à organização dos serviços, das práticas de trabalho e das condições de vida das populações.

Segundo avaliação dos Secretários de Saúde (SEMINÁRIO DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE PARA A CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS, 2004, p. 20) os Estados têm enfrentado ao longo dos anos as seguintes dificuldades na operacionalização do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica:

- a fragmentação das ações das Secretarias Estaduais de Saúde e dos sistemas de informações;
- dificuldades de acesso à Internet;
- baixo grau de qualificação das equipes técnicas municipais, regionais e estaduais;
- a liberação tardia da agenda pelo Ministério da Saúde para as Secretarias Estaduais de saúde, o que compromete o processo de pactuação entre estados e municípios;
- dificuldades dos diferentes níveis de gestão em compreender e/ou utilizar o pacto como instrumento de gestão e avaliação;
- o não envolvimento das equipes locais (coordenações municipais, equipes de saúde) na definição das metas dificultando o acompanhamento;
- pouca articulação do Ministério da saúde com os Estados no repasse de informações aos municípios; e
- a não utilização de outros indicadores prioritários para a saúde coletiva.

Além destas dificuldades apontadas pelos Secretários de Estado da Saúde, as oficinas de avaliação dos pactos realizadas pelo MS e pelos Estados apontam também pouco envolvimento de atores sociais interessados e responsáveis pela condução dos processos políticos que se dão no âmbito da saúde.

É importante destacar que, no decorrer da operacionalização deste estudo, experienciamos um momento de mudança estrutural no que se refere ao processo de consolidação do SUS. Dada a necessidade de reafirmar os seus princípios estruturantes, doutrinários e organizativos, foi lançado pelos gestores o Pacto pela Saúde 2006⁶.

⁶Portaria n.º 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, **Diário Oficial da União**,

Este Pacto pauta-se nas bases institucionais do SUS e constitui-se num compromisso público assumido pelos gestores das três esferas de governo em dar ênfase às necessidades de saúde da população com a definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: O Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de gestão do SUS, os quais passaremos a descrever.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise de situação de saúde do país e das prioridades definidas pelas três instâncias de governo. O Pacto pela Vida expressa a necessidade de apresentação de resultados nas áreas prioritárias definidas que foram: Saúde do Idoso; CA de câncer de colo de útero e de mama; Mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e APS. Estes resultados serão monitorados através de indicadores (BRASIL, 2006).

O Pacto pela defesa do SUS representa um conjunto de ações articuladas que envolvem as três instâncias de governo e que visa reforçar o SUS como uma política de Estado, tendo como proposta defender seus princípios garantidos na Constituição de 1988. As ações prioritárias do Pacto em defesa do SUS são: 1) Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de: mostrar a saúde como direito de cidadania; regulamentar a Emenda Constitucional 29: incrementar os recursos orçamentários; 2) Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL, 2006).

O Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades de cada ente federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente quem deve fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS. Suas prioridades são: 1) definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação; 2) estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização; regionalização; financiamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação social; planejamento; gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde 2006, expressa a vontade de milhares de atores envolvidos no processo de consolidação do SUS, nos quais encontra-se esta pesquisadora.

A mudança estrutural proposta pelo Pacto 2006 é que todos os municípios sejam responsáveis pelo sistema municipal de saúde, sendo necessário para isto assumir todas as competências para o gerenciamento das ações sob a sua responsabilidade.

Segundo (MONNERAT et al., 2004), a esfera municipal deve ter capacidade de gerir de forma eficiente as políticas locais. O efetivo exercício dessas novas competências para os gestores de saúde apresenta-se como desafio, pois passa pela necessidade desses terem além de outras, condições econômicas, grau de desenvolvimento urbano, perfil de distribuição da renda, localização geográfica, competência técnica, capacidade de governança e capital cívico.

A avaliação e o monitoramento são funções importantes da gestão e devem fazer parte das ações e atos cotidianos tendo sido reafirmadas no Pacto da Saúde 2006. Nesse sentido, não são meramente atribuições de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde da família. (BRASIL, 2003, p.9).

A necessidade da institucionalização da avaliação e do monitoramento no setor saúde fica mais evidente, visto o compromisso que os gestores deverão assumir, ampliando o objeto de avaliação para além dos procedimentos realizados, reafirmando compromissos de apresentar resultados sanitários satisfatórios. Este processo passa pela instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação buscando a efetivação das redes funcionais de atendimento ao usuário do SUS.

O que difere, portanto, o pacto da atenção básica da proposta contida no pacto pela Saúde 2006 é a nova lógica de pactuação, agora mais próxima de cada município, de acordo com a realidade local.

Diante deste contexto e considerando que a intenção deste trabalho é estudar o pacto enquanto instrumento de gestão, faz-se necessária uma incursão na produção teórica sobre o tema “gestão em saúde”, tendo em vista que apesar das

dificuldades apresentadas, este instrumento tem sido colocado pelo MS como um potencializador para que os gestores institucionalizem o processo de monitoramento e avaliação da APS.

2.4 Gestão em saúde: uma ferramenta mediadora dos avanços e desafios na organização da Atenção Primária à Saúde

Passadas quase duas décadas da implementação do SUS, novos conceitos e novas necessidades se configuram para os gestores da saúde.

Para o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003, p. 39) gestão é:

[...] a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Estas atividades estão diretamente relacionadas ao fato de que, com o avanço do processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde as demandas foram sendo ampliadas e exigiu uma ampliação das funções inerentes do gestor. Isto ocorre devido a descentralização ampliar o contato dos gestores do sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, através de uma rede organizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006) (Anexo 1).

O Pacto pela Saúde 2006 vem reforçar estes desafios para os gestores, tendo em vista que ele determina de forma clara as responsabilidades sanitárias dos gestores nas três esferas de governo. Este fato, aliado ao projeto inovador de organização do sistema nacional de saúde que coloca a APS como eixo de estruturação da rede de atenção à saúde, demanda necessariamente o surgimento de um novo perfil de gestor cada vez mais profissionalizado (TEIXEIRA, 1996 apud SANTOS, 2007).

Segundo Santos (2007, p. 29), o gestor contemporâneo deve ser capaz de assimilar as necessidades complexidades e diversidades atuais.

Não só os fatores epidemiológicos da atualidade no Brasil – que se direcionam a um país que tem agravos característicos de países desenvolvidos e subdesenvolvidos simultaneamente -, mas também os eventos gerais da área (novos conceitos; municipalização; usuário cobrando mais; migração de conveniados para o sistema público; ensaios de uma nova formação em saúde, pela capacitação permanente; e tantos outros fatores) e os de um panorama social mais amplo (globalização, velocidade da informação, direitos do consumidor, questões éticas, dentre outros) tornam a gestão da APS um desafio, que exige de fato um novo gestor, profissionalizado e dotado de alternativas que possam responder tanto a velhos como a novos problemas.

Neste contexto de mudanças, algumas propostas para a operacionalização de gestões mais participativas estão sendo desenhadas e podem subsidiar a discussão colocada por esse trabalho.

Crémadez (apud ARTMANN; RIVERA, 2006) propõe um desenho para as organizações profissionais de natureza participativa e comunicativa para uma organização hospitalar conhecido como *démarche stratégique*, o qual penso que pode servir de subsídio à gestão dos serviços nas USF.

A gestão estratégica desenhada por esse autor operaria como reforço indireto dos aspectos positivos dos traços culturais em evolução⁷, “em cerne”, tendo por base os seguintes elementos que fazem parte da lógica do enfoque:

Reforço da capacidade explícita de fixação de prioridades, em uma perspectiva de totalização da organização, que supere o “incrementalismo”; visão predominante da perspectiva contribuição, e não da atribuição; a visão de custo oportunidade, que obriga a comparar os benefícios alternativos de uma aplicação, priorizando os usos de maior benefício para a organização como um todo, em detrimento da barganha indiscriminada de recursos; sentido de rede, da criação de transversalidades; formalização do planejamento e da avaliação, contribuindo para a apreensão clara da organização pelos atores (por meio da linguagem comum construída nesses processos); criação de lugares de encontro, de

⁷Artmann e Rivera, discutem a cultura baseados nos conceitos definidos por Habermas.

comunicação; maior relacionamento entre gestores e operadores; ênfase na negociação, na avaliação da competência global dos serviços no que diz respeito aos usuários; fortalecimento do sentido de bem coletivo da atividade. (CRÉMADEZ apud ARTMANN; RIVERA, 2006, p. 226).

Desta forma, Artmann e Rivera (2006, p. 226) ressaltam que os principais impactos culturais que se busca com a gestão estratégica seriam:

- maior abertura para fora, concretizada pelo reconhecimento e exploração das parcerias e sinergias;
- busca de um enfoque multidisciplinar mediante esforços de integração com outras especialidades e com a rede no sentido de produzir transversalidades;
- maior comunicação entre a direção estratégica e os operadores (profissionais de ponta);
- incorporação pelos profissionais de ponta (operadores) de um raciocínio gerencial estratégico, capaz de compensar a diferenciação entre o comando administrativo/estratégico e o comando assistencial (com criação de um lugar de comunicação);
- modificação do sistema “incrementalista” de decisão para um enfoque de priorização baseado nos custos de oportunidade e em uma visão de conjunto do serviço, que resgate o primado da solidariedade organizacional;
- aumento gradativo da responsabilidade mediante a difusão de uma cultura, da avaliação.

Seguindo os preceitos de Crémadez, Artmann e Rivera (2006) postulam um desenvolvimento gerencial voltado para a necessidade de estabelecer análise e desenhos no campo da gestão pela escuta, englobando liderança, negociação e análise cultural. Estes autores também sugerem que o desenvolvimento de um referencial analítico e operacional sobre análise cultural e mudança que se apóie na idéia de processos participativos de análise com o potencial de gerar processos comunicativos e de compartilhamento na organização, contribuiria para fortalecer o sentido de pertencimento ao coletivo.

Nesse sentido, os autores concluem que:

A gestão comunicativa implica reforçar uma evolução positiva da cultura, que supõe maior comunicação e investimento na construção de espaços de participação e responsabilidades partilhadas no que diz respeito à qualidade da atenção à saúde (ARTMANN; RIVERA, 2006, p. 229).

No processo de mudança busca-se o desenho de um modelo tecnoassistencial pautado no diagnóstico situacional das condições de vida, da situação de saúde da comunidade, para subsidiar um planejamento local participativo, e conseqüentemente a implementação das ações de saúde (SANTOS, 2006).

Além do diagnóstico e o planejamento local participativo, Santos também aponta para a importância dos gestores instituírem a avaliação como ferramenta de gestão da APS.

Na prática, mesmo reconhecendo a importância deste processo, raramente as UBS fazem uma avaliação que englobe desde as ações de promoção da saúde, passando pelas de prevenção de agravos, até as de tratamento e reabilitação (SANTOS, 2006, p. 37).

O mesmo autor ressalta que a avaliação é importante sensor para saber se o melhor foi feito ou mesmo para se ter conhecimento do que deve ser melhorado. A democratização do poder local e o uso da epidemiologia social também são apontados pelo autor como elementos importantes para subsidiar o processo de gestão da APS.

O modelo tecnoassistencial é sócio-historicamente definido, não havendo um modelo único a ser prescrito (SANTOS, 2006).

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais podem ser definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais em saúde. Modelo nesta concepção não é um padrão, não é exemplo, não é burocracia, nem é organização dos serviços de saúde. Também não é um modo de administrar o sistema e os serviços de saúde. Modelo é uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação [...], um dado modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas e necessidades de saúde individuais ou coletivas; é uma maneira de organizar os meios de trabalho [...] são modos tecnológicos de intervenção à saúde (PAIM, 2003 apud SANTOS, 2003, p. 30).

O modelo tecnoassistencial deve, portanto, se constituir num modelo integral que privilegie a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, ao mesmo tempo em que resgate dimensões éticas e culturais essenciais ao cuidado à saúde das

pessoas e dos grupos da população brasileira. Para tanto, deve superar o modelo médico privatista, articulando propostas e estratégias que já vêm sendo desenvolvidas (TEIXEIRA, 1996).

Este novo modelo proposto, onde a APS está colocada como centro da rede de cuidado, não pode ser alicerçado no modelo tradicional da administração científica com as suas receitas, metas e planos preestabelecidos.

A complexidade social que é local, temporal e ao mesmo tempo global parece pedir um gestor perspicaz [...] para se aproximar de um agir dinâmico e interativo, em que tanto a eficiência na produção de ações de saúde quanto a satisfação de seus usuários devem ser incorporadas (SANTOS, 2006, p.29).

A gestão, então, deve estar voltada para a qualidade dos serviços cujos pontos cruciais seriam: flexibilização, criatividade e valorização de pessoal; e como pré-requisitos: a autonomia, a eficiência, a eficácia (SANTOS, 2006).

A habilidade no trato com as pessoas, a criatividade e a inovação, a solução de problemas no mundo real e a abordagem interdisciplinar dos problemas são as direções que um gestor deve seguir (GALLO; VAISTMAN; CAMPOS, 1996 apud SANTOS, 2006, p. 29).

As transformações econômicas, políticas, sociais e radicais promovidas pelo desenvolvimento de novas tecnologias e práticas de trabalho, afirmando a idéia de incerteza e complexidade dos processos sociais e naturais devem ser acompanhadas pela gestão atual (GALLO; VAISTMAN; CAMPOS, 1996 apud SANTOS, 2006).

O desafio posto para a construção deste modelo depende menos de normas e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micro política da organização dos processos de trabalho (CECÍLIO, 1997).

O gestor em APS desenvolve ações que estão além da técnica e envolvem um grande número de pessoas, ou interferem direta/indiretamente na vida de outros; além disso, suas ações devem proporcionar impacto na qualidade de vida da comunidade, da família ou dos indivíduos a que esteja relacionado, que assista ou que sua ação possa impactar (SANTOS, 2006, p. 36).

Portanto, olhar para os trabalhadores da saúde também é fundamental para o desenvolvimento da gestão. Administrar as angústias, a ansiedade, as relações de trabalho, isto faz parte do âmbito de ação do gestor (SANTOS, 2006).

Neste sentido, o pensamento administrativo mais progressista vem criando várias técnicas gerenciais com o objetivo de fomentar o envolvimento dos profissionais da área, buscando erradicar o desinteresse, a alienação, o agir mecânico e burocratizado que se instalou nos diversos pontos do sistema de saúde. Estas propostas, segundo este autor, não tem tido êxito, apesar de alguns avanços conquistados (CECÍLIO, 2004).

[...] necessitamos de planejamento, avaliação de desempenho, de salários e carreiras adequadas, e de muito mais [...] a dificuldade, no entanto, está em que este “algo mais” é um fenômeno um pouco mais complexo do que uma simples tecnologia de gestão (CECÍLIO, 2004, p..43)

Para Cecílio, a superação desta crise passa pela criação, por meio de experiências concretas, de novas formas de governar a coisa pública.

[...] teríamos que criar sistemas de gestão que permitissem a combinação de diretrizes até agora consideradas e tidas como antagônicas. Haveríamos de inventar, na prática, novas combinações para os elementos polares que compõem Antinomias complexas, cujo equacionamento binômio como o da centralização e descentralização, autonomia da base e responsabilidade com objetivos gerais da instituição, planejamento de metas e atendimento às flutuações da demanda, entre outros. Antinomias complexas, cujo equacionamento exigiria ainda um grau de democracia, de distribuição de poder, de confiança no outro, estranhos à sociedade atual e, evidentemente, à máquina estatal e ao serviço público (CECÍLIO, 2004, p. 43).

Várias experiências exitosas são conhecidas por adotarem este estilo de gestão democrática. Porém, apesar destas experiências, o movimento sanitário brasileiro ainda não conseguiu tomar como seu principal objeto de preocupação a transformação concreta das práticas sanitárias.

Os caminhos com a democratização da gestão, a organização segundo idéias da descentralização, regionalização, hierarquização e integralidade do cuidado, estão assegurados na estrutura jurídico-

legal, através da constituição de 1988. Porém este aparato legal não conseguiu derrotar o autoritarismo, a ineficácia e o clientelismo característicos do sistema público de saúde (CECÍLIO, 2004, p. 65)

Segundo Cecílio, "[...] é necessária a constituição de atores sociais capazes de alterar a correlação de forças, viabilizar transformações concretas no Sistema Público de Saúde" (CECÍLIO, 2004, p. 66).

Para a constituição destes atores sociais, envolvidos com este processo de mudança, o autor trabalha com a hipótese de que é possível revolucionar o cotidiano, ou seja, a partir do viver cotidiano dos trabalhadores, nos diferentes pontos do sistema de saúde, pode constituir-se num espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido de pertinência à coletividade transcendendo o papel tradicional.

Através da valorização destes espaços vivenciados quotidianamente pelos trabalhadores, Cecílio defende a idéia de que é possível o desenvolvimento deste processo transformador nas instituições de saúde; e afirma que

[...] é na gestão do cotidiano que se constroem sujeitos autônomos. Na saúde, a revolução do cotidiano passa pela reforma dos modos de fazer a clínica, na Saúde Pública, pelos modos de gerir e de distribuir o poder nas instituições, pela delegação/instituição de novas cotas de responsabilidade e de autonomia (CECÍLIO, 2004, p. 75).

Para que os sujeitos autônomos se constituam no cotidiano

[...] seria necessário reconstruir a idéia de autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e procurando a configuração do trabalhador coletivo, e construir um processo que publicize os espaços institucionais com a presença do conjunto dos atores, realmente interessados na saúde, em particular os usuários. (MERHY, 1994, p. 121).

Neste contexto de discussão sobre a necessidade de modelos de gestão mais democráticos, o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, deveria ser um instrumento capaz de fomentar discussões sobre o cotidiano dos trabalhadores e do

envolvimento efetivo da comunidade na busca de alternativas possíveis para a organização dos serviços, e para contribuir com a construção do SUS.

Porém, uma das críticas que se faz aos instrumentos de gestão, é que os indicadores de processo não expressam a qualidade das práticas gerenciais ou sanitárias, nem revelam a natureza do trabalho em equipe (multiprofissional, interdisciplinar, ou transdisciplinar); e em relação às ações programáticas, os indicadores avaliam apenas as ações e problemas que mais tradicionalmente são assistidos pelos serviços e ações básicas. Desta forma, não há como avaliar a coerência das práticas desenvolvidas pela atenção básica com os princípios do SUS: Universalidade, Acessibilidade ao sistema, Continuidade, Integralidade, Responsabilização, Humanização, Vínculo, Eqüidade e Participação Social.

Como já foi demonstrado neste trabalho, outro aspecto trabalhado por diversos autores é a importância da gestão participativa na saúde. O que significa dizer que os atores locais precisam estar incorporados nos processos decisórios.

A questão levantada por este estudo, é de que a viabilização do processo de participação dos diversos atores deverá contar com uma metodologia de gestão e de planejamento que incorpore os princípios da participação e da democratização do setor público, que possibilite a distribuição do poder e autonomia para as equipes responsáveis pela execução das ações nas unidades básicas de saúde.

2.5 Controle social: uma aproximação com os diferentes conceitos

Um dos princípios organizativos fundamentais do SUS é a participação da comunidade. A inclusão desse princípio na constituição de 1988, assim como na Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), é uma conquista das mobilizações sociais e democráticas dos anos de 1980 que, por sua vez, constituíram a Reforma Sanitária brasileira.

Nesse sentido, a participação social no campo da saúde é resultante do jogo de forças constituídas num momento histórico determinado.

As práticas no setor saúde são mediadas por interesses de diversos atores, sejam da sociedade civil, gestores ou profissionais de saúde. É neste confronto de interesses que se configuram as diversas expressões da participação.

A expressão “participação social” vem sendo usada para caracterizar diferentes formas de ação “[...] resultantes das relações de influência que diferentes forças sociais tentam imprimir às políticas de corte social” (ACIOLI, 2005, p. 294).

É importante clarificar o termo a fim de ressaltar a importância deste princípio, na construção do SUS, vez que “[...] a garantia da participação da comunidade representa *locus* privilegiados de captação e formulação de demandas em saúde por parte da população em geral, sejam elas voltadas para o SUS ou voltadas para espaços como instituições de ensino, redes sociais e outros” (ACIOLI, 2005, p. 293).

Nos embates políticos que se travaram em diferentes momentos da reforma sanitária, percebeu-se que foi possível articular alianças pontuais entre o movimento dos trabalhadores e alguns profissionais de saúde que representaram conquistas e nexos causais entre a produção do trabalho e o padrão de adoecimento “[...] por meio de lutas políticas, técnicos e trabalhadores, lançando mão do conhecimento científico, denunciaram as péssimas condições de vida e trabalho e a cruel relação entre a insalubridade e as precárias condições de saúde da maioria da população, evidenciando o caráter social do processo de adoecimento” (ARAÚJO, 2005, p. 43).

Algumas dessas lutas dizem respeito à redução do tempo de trabalho das mulheres e crianças, criação da lei sobre acidentes de trabalho e redução da jornada de trabalho com aumento das horas para o repouso semanal.

Segundo Araújo (2005, p. 44), estas conquistas que envolvem as ações médico-sanitárias demonstram que as ações de Saúde Pública “[...] são práticas sociais e assim devem ser entendidas, retratando o jogo de forças e interesses em questão no tempo e lugar de seu exercício”.

Essas análises nos remetem a refletir que as conquistas do setor saúde representam força de emancipação presente nas lutas pela saúde como um direito social.

Não é totalmente correta a insistência em afirmar que estas práticas visam sempre e tão somente à reprodução da força de trabalho, ou de mecanismos políticos e ideológicos de dominação, ou ainda à realização da mais-valia dos setores da indústria de fármacos e equipamentos médico-hospitalares (CAMPOS, 1991b apud ARAÚJO, 2005, p. 154).

Nesse sentido, a leitura não pode ser reduzida unicamente ao aspecto do controle social exercido pelas políticas de saúde que desconsidera a força de emancipação presente nas lutas pela saúde como um direito social, pois esta leitura simplificada deixa de perceber que a vitória de uma concepção ampliada sobre o direito à saúde é um poderoso instrumento de crítica aos padrões desiguais da sociedade capitalista atual (ARAÚJO, 2005).

Segundo Acioli (2005), existem três formas de compreender a participação social: participação como expressão de grupos marginalizados, participação como expressão do desenvolvimento comunitário e participação popular.

A primeira concepção de participação é a que está relacionada a expressão de grupos marginalizados, deriva do termo e da expressão da marginalidade urbana e é datada no Brasil após a II Guerra Mundial (1938-1945). “A marginalidade urbana está associada à idéia de *população marginal* e à precariedade habitacional de grupos residentes em áreas periféricas das cidades” (KOWARIK apud ACIOLI, 2005, p. 295). A marginalidade, então, está associada à pobreza e, portanto, os pobres estão “fora” da sociedade. A participação relacionada a este conceito de marginalidade como “a parte” da sociedade, significa dizer que a população marginal caracteriza-se pela ausência de participação ou por uma participação limitada nos espaços onde se dão os benefícios sociais e as decisões da sociedade (ACIOLI, 2005).

A participação relacionada ao acesso aos bens e serviços de consumo coletivo é caracterizada como participação passiva e a participação relacionada aos processos decisórios é caracterizada como participação ativa.

A mesma autora ressalta que, nessa concepção, as formas de participação são tidas como "[...] resultados apenas da desorganização interna, da ignorância e/ou passividade dos grupos marginalizados, sem que se considere o contexto político, histórico e social nos quais se inserem" (ACIOLI, 2005, p.295).

Acioli (2005) também ressalta que no setor de saúde é necessário que os profissionais reflitam sobre o significado desta concepção de participação, pois a questão que se coloca é a importância de se considerar os contextos político, histórico e social nos quais a população está inserida.

A segunda concepção de participação é entendida como expressão do desenvolvimento comunitário. Esta concepção de participação foi introduzida no Brasil nos anos 50, juntamente com as estratégias para manutenção da ordem capitalista. Relaciona a pobreza como "[...] entrave ao desenvolvimento econômico capitalista e busca a participação direta da população em programas sociais voltados para a melhoria das condições de vida de determinados segmentos da sociedade civil de caráter popular" (ACIOLI, 2005, p. 296).

A autora traz como exemplo dessa prática, a realização de mutirões para a realização de obras, que são viabilizadas com o emprego da força de trabalho da população, retirando do governo a responsabilidade de realizá-las.

Na perspectiva de realização de mutirões, a autora ressalta que esta prática apresenta-se, em algumas situações, como a única alternativa de defesa da vida, como a única opção para grupos sociais que se encontram em situações de extrema necessidade. Ressalta ainda que a realização de mutirões tem sido incorporada por grupos populacionais como "[...] uma conquista e expressão de rede de solidariedade entre moradores de determinada comunidade" (ACIOLI, 2005, p. 296).

A terceira concepção de participação é a entendida como participação popular. Em contraposição às outras expressões de participação social, o termo participação popular tem sido utilizado "[...] como uma forma de participação que enfatiza a expressão política de grupos representativos da sociedade civil, junto a espaços de definição de políticas públicas de cunho social" (ACIOLI, 2005, p. 296).

Para Valla,(1998), o contexto é um fator importante na definição do significado da participação popular.

O termo participação popular deve ser permanentemente contextualizado, tendo em vista que ele possui uma certa ambigüidade. O sentido do termo representa a resposta, de cobrança da população organizada para que os governos cumpram o seu papel. Quando os governos não levam em conta essas cobranças, outras formas de participação popular se manifestam. Desta forma, segundo Valla, as combinações entre os governos, os mediadores(profissionais) e a população são múltiplos (VALLA, 1998).

Esta expressão de participação significa “[...] a participação política das entidades representativas da sociedade civil, na perspectiva de intervir e/ou definir a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e serviços básicos da área social, como saúde e educação” (VALLA; STOTZ apud ACIOLI, 2005, p. 296).

Para Acioli (2005), esta concepção de participação como expressão política, ainda não é incorporada no cotidiano dos profissionais de saúde nem pela sociedade civil.

No SUS, a expressão de participação social avança tendo em vista que esta participação significa a efetiva participação dos sujeitos sociais no controle das ações do governo. Os espaços de participação social foram institucionalizados, representando uma das grandes conquistas no que se refere ao processo de descentralização político administrativo.

A Constituição Federal, Art. 198, inciso III e Lei Orgânica 8.080/90, Art. 7, inciso VIII, estabeleceram as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, que posteriormente foram regulamentados pela Lei 8.142/90, art. 1, parágrafos 1 a 5.

As Conferências de Saúde são espaços para o exercício do controle social, constituindo-se em “[...] instâncias colegiadas, de caráter consultivo, cujo objetivo é avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003, p. 54).

As Conferências apresentam-se como o mais importante e amplo fórum de participação da população, cabendo aos Conselhos de Saúde a sua convocação, numa periodicidade de 4 em 4 anos.

Os Conselhos de Saúde são colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Segundo a lei 8142 de 1990, cada conselho de saúde tem "[...] caráter permanente e deliberativo [...] e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde". Participam também das decisões referentes à aplicação dos recursos financeiros, sendo que suas propostas são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Os Conselhos de Saúde fazem parte da estrutura de governo, porém constituem-se em espaços onde se manifestam os interesses dos diversos seguimentos sociais, o que possibilita a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes áreas. Desta forma, é importante que os conselhos busquem participar das discussões da política de saúde de forma autônoma.

Nesta perspectiva de controle social,

[...] a participação da população na gestão da saúde coloca as ações e serviços na direção de interesses da comunidade e estabelece uma nova relação entre o Estado e a sociedade, na qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante por parte do gestor (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003, p. 54).

A participação popular não irá resolver todos os problemas de controle e de acesso aos serviços de saúde, porém, a sua viabilização representa um caminho importante de participação política da população, sendo estas institucionalizadas ou não (ACIOLI, 2005, p. 297).

Para a autora a participação da população proposta no âmbito do SUS tem sua concepção voltada para o efetivo "controle social", pois caracteriza-se pela possibilidade efetiva de participação das discussões políticas de saúde, no direcionamento quanto a aplicação de recursos para diferentes prioridades e a sua

fiscalização. Desta forma, é necessário que estes espaços institucionalizados de participação social no SUS sejam de fato incorporados pelos diferentes atores envolvidos.

Alguns pontos de tensão na arena de atuação cotidiana dos Conselhos de Saúde vêm dificultando a sua efetiva expressão. Dentre estes pontos Acioli (2005) aponta a legitimidade, ou não, da representatividade dos conselheiros, o acesso desigual às informações e a difícil publicização das ações dos conselhos.

Para se efetivarem o controle social e a incorporação da população

[...] é fundamental que ocorra a socialização das informações necessárias à compreensão das várias situações que envolvem as necessidades de saúde de determinada região, para que possam ser pensadas propostas de solução para os problemas identificados (ACIOLI, 2005, p. 299).

Neste sentido, a questão que se levanta é que a participação dos Conselhos na discussão do pacto da atenção básica passa a ser um canal viável para o conhecimento da situação real da saúde em alguns aspectos da APS, bem como a possibilidade de acompanhar através do monitoramento dos indicadores, viabilizando espaços concretos de participação.

Para tanto, é necessário que se estabeleçam canais de informação que consigam extrapolar as barreiras da linguagem técnica que traduza o conteúdo e o objetivo deste instrumento.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Quadro teórico metodológico

A direção tomada por este estudo partiu do entendimento de que toda construção teórica é uma rede, cujos conceitos definem a forma e conteúdo do quadro teórico, tendo como objetivo tornar claro e coerente o objeto do estudo desenvolvido que, no nosso caso, é o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, apreendendo-o enquanto um instrumento de gestão para o monitoramento e avaliação da APS no âmbito da gestão do SUS.

Para apresentar os procedimentos metodológicos deste estudo, inicialmente, buscamos situar o espaço temático sobre o qual ele se estabeleceu para, em seguida, delimitar o recorte do objeto referido na relação entre a política de organização da Atenção Primária à Saúde e o contexto da gestão em saúde, focando aspectos relacionados ao monitoramento e avaliação da APS.

Desde 1993, a proposta política definida pelo Ministério para a inversão do modelo sanitário tem sido a Estratégia Saúde da Família, cuja prática sanitária pauta-se na vigilância em saúde.

Este novo cenário apresentado pela reforma sanitária brasileira que coloca a APS como eixo para a organização do sistema de saúde, cada vez mais reforça a necessidade da institucionalização da avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas por este nível de atenção. A criação de mecanismos institucionais que garantam a realização de avaliações sistemáticas representa um desafio a ser superado.

O processo de monitoramento das ações de atenção básica à saúde, foi institucionalizado a partir de 1999 no Sistema de Saúde Brasileiro, através de um instrumento normativo denominado Pacto dos Indicadores da Atenção Básica.

Um dos objetivos do pacto é que este seja utilizado pelos gestores da saúde como um instrumento de gestão para o monitoramento e avaliação da atenção Primária à Saúde e, para que tal objetivo seja perseguido, é necessário que se avance no processo político de institucionalização da avaliação e do monitoramento.

Este debate amplia para os diversos fóruns da área da saúde o horizonte acerca do processo de avaliação e discute quais as categorias que devem ser consideradas e quais as metodologias que seriam mais apropriadas para o avanço deste processo. Tem-se proposto a introdução de formas de avaliação em produtos intermediários, que atendam mais ao processo de tomada de decisão dos gestores do que uma avaliação que busque indicadores de resultado e impacto (BODSTEIN, 2002).

O processo de implantação da APS se dá no nível municipal, onde gera efeitos de difícil avaliação, dada a diversidade de contextos locais.

Neste sentido, Bodstein (2002 apud AKERMAN; LUIZ, s.d., p. 40) sugere que:

O processo de avaliação deve considerar os processos e resultados intermediários voltados para o desempenho institucional, que podem ser traduzidos em vontade política e compromisso públicos, capacidade de gestão e maior controle e participação social, mais do que exatamente efeitos ou impactos mais diretos sobre a oferta de serviços.

As mudanças ocorridas apontam para necessidade de um conhecimento mais efetivo de avaliações, no âmbito dos programas e serviços, constatados pelos formuladores, usuários internos (profissionais) e externos (usuários do sistema)⁸.

Dessa forma, é importante a realização de estudos contextualizados que apontem as possibilidades e limitações apresentadas pelo Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, enquanto um instrumento de gestão, conforme proposto pelo Ministério da Saúde para Avaliar e Monitorar a APS. Além deste aspecto, faz-se necessária a realização de estudos dos aspectos de avaliação desencadeados por este instrumento relacionado a produtos intermediários como o modelo de gestão, os processos de trabalho e o controle social.

⁸INFORME da Atenção Primária. Brasília, ano 4, 2003.

No Espírito Santo a implantação do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica no decorrer dos anos de 1999 a 2004, tem se constituído em um processo de construção coletiva, entre os gestores e técnicos estaduais e municipais, entendendo-o como instrumento de planejamento e avaliação, com potencial político e gerencial, de fundamental importância para a organização da atenção primária à saúde, e conseqüentemente para a consolidação do SUS.

O processo de discussão tem se aprimorado a cada ano, conquistando os gestores para a importância da pactuação que extrapole o pacto burocrático, para se constituir, de fato num pacto com a dimensão técnica de responsabilidade epidemiológica peculiar a cada nível de gestão (MEDINA, 2000).

Apesar do esforço de articulação entre as três esferas de gestão na coordenação e implantação do processo de pactuação e das áreas técnicas que compõe a atenção primária à saúde, seja no âmbito nacional, estadual e municipal, a implementação do Pacto ainda não conseguiu ser operacionalmente articulada a outros instrumentos de gestão do SUS, sendo esta uma das principais críticas dos estados e municípios ao processo.

As oficinas de avaliação dos pactos realizadas pelo MS e pelo Estado têm apontado alguns limites no processo de pactuação de indicadores, entre os quais estão: a baixa qualificação de profissionais no manejo e utilização de indicadores, dificuldades operacionais na articulação de atividades entre áreas técnicas, insuficiência de metodologias e ferramentas nas esferas municipal, estadual e federal que confirmam agilidade ao processo de monitoramento, pouco envolvimento de atores sociais interessados e responsáveis pela condução dos processos políticos que se dão no âmbito da Saúde (BRASIL, 2003).

Assim, em nossa prática profissional na equipe de coordenação do pacto a nível estadual procuramos entender e encaminhar a gestão do Pacto de forma dinamizadora propondo um processo além do aspecto burocrático que as normas institucionais sugerem para um processo dinamizador, com o objetivo de contribuir para que os gestores municipais se apropriem deste instrumento como uma possível

ferramenta que impulsionasse a institucionalização do processo de monitoramento e avaliação da APS.

Nesta perspectiva, motivamo-nos a realizar este estudo que tem como objeto o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, enquanto instrumento para o Monitoramento e a Avaliação da Atenção Primária à Saúde no âmbito da gestão municipal.

3.2 Objetivos

- Identificar se o pacto tem sido utilizado como instrumento de gestão para a Avaliação e Monitoramento da APS, pelos gestores municipais de saúde;
- Identificar se o pacto tem introduzido mudanças nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família;
- Identificar como vem se dando a participação do Conselho Municipal de Saúde nas discussões e encaminhamentos do pacto;

Delimitados os objetivos do estudo, passaremos à configuração dos procedimentos de pesquisa que serão descritos a seguir.

3.3 Definição do método

Trata-se de um, exploratório, descritivo que privilegiou a abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa tem sido muito utilizada em pesquisas em diferentes áreas.

[...] se pensarmos nos tipos e a complexidade dos fenômenos avaliados em serviços de saúde, verificamos que o alcance da análise quantitativa habitualmente não é suficiente para a compreensão do fenômeno avaliado, e possibilita respostas parciais às perguntas avaliativas. Por outro lado, ao aceitarmos que o produto dos serviços de saúde, para a análise do processo de trabalho a abordagem qualitativa passa a ser considerada quase indispensável (TANAKA; MELO, 2004, p. 130).

A escolha da abordagem qualitativa, portanto, deve-se ao fato de que seu uso veio se ampliando cada vez mais para a avaliação de políticas no campo social, como uma abordagem capaz de "[...] explorar as compreensões subjetivas das pessoas a respeito de sua vida diária" (POPE; MAYS, 2005, p. 17).

Em consonância com o objeto deste estudo, seguimos a referência descrita por Minayo, onde a autora enfoca que a pesquisa qualitativa é importante para a "[...] avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a que se destina" (MINAYO, 1977p. 134).

De acordo com Marconi e Lakatos (1996, p.77) os estudos exploratório-descritivos "[...] descrevem determinados fenômenos, como por exemplo, o estudo de caso para qual são realizadas análises empíricas e teóricas".

Para Vieira-da-Silva (2005, p.31), "[...] avaliar a dimensão relacional das práticas requer a realização de estudos de caso e o uso de técnicas qualitativas". Este tipo de avaliação, segundo a autora, é muito útil para os gestores no que diz respeito à geração de informações voltadas para as retificações necessárias nos programas em curso.

3.4 Cenário da pesquisa

Baseado neste referencial, optou-se pela realização de um estudo de caso, tendo como cenário da pesquisa o Município de Vitória.

A escolha de um município deu-se pelo fato de que no Sistema Único de Saúde o Gestor Municipal de Saúde tem a responsabilidade de comandar um sistema municipal com funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Estas funções expressam as novas práticas de gestão na saúde, os novos processos de trabalho e consequentemente os novos processos de avaliação.

Dentro deste contexto, a escolha do município de Vitória se justifica devido aos seguintes fatores: ter como proposta política a mudança do modelo assistencial pautado na vigilância em saúde, ter sido um dos primeiros municípios do Estado a implantar a Estratégia Saúde da Família e ter como proposta a ampliação de cobertura da sua população pela estratégia, constituindo-se num dos sete municípios do estado a receber recursos do PROESF (Programa e Expansão da Estratégia Saúde da Família) para este fim, o que reforça a proposta política do fortalecimento da APS no âmbito municipal.

Estes aspectos aliados ao fato de Vitória ser a capital do Estado, elegeu-na como candidata a agente transformador do modelo de saúde existente.

Diante deste quadro, o entendimento da forma de condução dada pelos atores do setor saúde desse município, no que se refere ao Pacto da Atenção Básica como instrumento com potencial para Avaliar e Monitorar a APS, assume importância relevante por constituir-se numa referência para outros municípios na implantação e implementação de políticas públicas.

3.5 Sujeitos da pesquisa

Para a definição dos sujeitos da pesquisa, procurou-se seguir as recomendações de Minayo (1998, p. 102), preocupando-se “[...] menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão dos diversos atores. [...] como, a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer [...]”.

Segundo Minayo (1998, p. 119), os informantes-chaves são “[...] informantes particularmente estratégicos para revelar os bastidores da realidade”, pois eles se constituíam nos atores sociais que vivem a realidade que este estudo pretendeu desvelar”.

Nesse sentido e considerando os objetivos da pesquisa, os sujeitos deste estudo se constituíram em 20 (vinte) entrevistados, onde 12 (doze) são profissionais de saúde

que compõem quatro equipes de saúde da família, sendo 04 (quatro) médicos, 04 (quatro) enfermeiros e 04 (quatro) odontólogos; o gestor de saúde do município; a coordenação municipal da Estratégia Saúde da Família; 04 (quatro) coordenadores das unidades básicas as quais as equipes estavam vinculadas. Entrevistou-se também 02 (dois) Conselheiros Municipais de Saúde de Vitória representantes dos usuários.

A escolha das equipes deu-se através de dois critérios. O primeiro critério foi que as equipes estivessem completas, ou seja, com os três profissionais de nível superior definido pelo MS para comporem a equipe mínima incluindo médicos, enfermeiros e odontólogos. O segundo foi o maior tempo de existência das equipes (não foi definida a quantificação do tempo, apenas elegeram-se as equipes com maior tempo de permanência enquanto equipe de saúde da família no território de atuação).

A partir da definição das equipes elegeram-se automaticamente os coordenadores das unidades cujas equipes estavam vinculadas.

3.6 Coleta de dados

A partir da delimitação do objeto da pesquisa, passou-se à definição dos procedimentos utilizados para levantamento dos dados, buscando uma abordagem de caráter qualitativo do objeto de estudo assim configurado.

Para a escolha dos instrumentos, levou-se em consideração o fato de o objeto da pesquisa fazer parte do universo de trabalho da pesquisadora e constituir-se num campo rico de elementos que subsidiariam a análise dos resultados deste estudo. Desta forma, os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram a técnica da observação, combinada com a entrevista semi estruturada e a análise da documentação.

A entrevista tem se constituído numa técnica amplamente utilizada na pesquisa social qualitativa.

A entrevista tem como objetivo a obtenção de informações sobre um determinado objeto de pesquisa, “[...] descobrir o que é significativo na vida dos entrevistados, suas percepções e interpretações, suas óticas e cosmovisões, ou seja, sua maneira de interpretar o mundo” (TOBAR, 2001, p. 96).

A entrevista, ao utilizar a fala, torna-se instrumento privilegiado de coleta de informação, possibilitando revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmitir as representações de determinados grupos, por meio de um porta-voz ou informante-chave. A fala retrata e reflete os conflitos e contradições próprios das formas de dominação e resistência imbricadas nas relações dialéticas entre grupos e classes de uma sociedade.

A escolha feita para a realização deste estudo foi a entrevista semi-estruturada. Esta escolha pautou-se no fato de que as entrevistas semi-estruturadas serem “[...] conduzidas com base numa estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada [...]” (BRITTEN apud POPE; MAYS, 2005, p.22).

A entrevista semi-estruturada parte da elaboração de um roteiro, instrumento para facilitar a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação. A entrevista semi-estruturada é, uma “[...] conversa com finalidade [...] na qual o roteiro serve para orientar o entrevistador” (MINAYO, 1998, p. 121).

Elaborou-se dois roteiros de entrevistas para os informantes-chaves. Um aplicado aos gestores e profissionais de saúde e outro aos conselheiros de saúde. Os roteiros utilizados encontram-se nos Apêndices A e B.

O roteiro de entrevista com o Gestor Municipal, a Coordenadora Municipal da Estratégia Saúde da Família, Coordenadora das Unidades de Saúde da Família e para as equipes de Saúde da Família foi elaborado a partir das seguintes questões que nortearam o estudo: a) O entendimento do pacto da atenção básica como instrumento de gestão; b) O entendimento sobre a importância deste instrumento para o planejamento do trabalho das equipes de cada território; c) O entendimento sobre o processo de trabalho desencadeado a partir da discussão do Pacto, d) A

participação de Conselho Municipal de Saúde no processo de discussão do pacto (Apêndice A).

O roteiro de entrevista com os representantes do Conselho Municipal de Saúde foi elaborado a partir das seguintes questões: a) O entendimento acerca do Pacto da Atenção Básica incluindo seus objetivos; e b) A inserção do CMS no contexto das discussões do Pacto da Atenção Básica (Apêndice B).

Para validação do instrumento, foi realizada uma pré-testagem com 01 (uma) equipe de Saúde da Família no Município de Linhares, por ser um município com as características semelhantes ao do Município de Vitória no que se refere a proposta de inversão do modelo assistencial. O resultado do pré-teste demonstrou que as perguntas estavam claras, com linguagem acessível.

Após validação, foi apresentada a proposta da pesquisa ao Município de Vitória que, após o trâmite do processo, aprovou a coleta de dados junto às equipes de saúde da família. Para tanto, foi feito o contato com os gerentes das USF, onde os sujeitos foram esclarecidos sobre a natureza da investigação e o compromisso com o sigilo sobre a identificação da instituição e dos profissionais.

Cientes dos objetivos do trabalho e confirmada a participação dos sujeitos no estudo, foi executado, então, o trabalho de campo propriamente dito que constou da realização das entrevistas, individuais realizadas em espaço apropriado em data e horários previamente agendados. As entrevistas foram gravadas (com a permissão dos sujeitos) e transcritas posteriormente na íntegra, o que permitiu o trabalho de análise do conteúdo dos discursos dos atores .

A caracterização dos entrevistados encontra-se no Apêndice C.

Após a realização das entrevistas, sentimos a necessidade de retornar a gerência da Estratégia Saúde da Família do município para conhecermos mais detalhadamente sobre as rodas de educação permanente que é a estratégia utilizada pela gestão para envolver os profissionais de saúde na discussão e encaminhamento do sistema municipal de saúde. Para tanto foi utilizada a técnica de entrevista não estruturada.

Os aspectos éticos para a realização de pesquisa com seres humanos foram observados⁹ tendo sido elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando os objetivos da pesquisa, o motivo da seleção dos entrevistados, qual a contribuição na participação da pesquisa, os direitos que lhe são garantidos, solicitando a colaboração e agradecendo a participação.

3.7 Análise dos dados

A análise dos dados constou de leitura das entrevistas transcritas simultâneas à escuta.

Utilizou-se a análise de conteúdo como técnica de tratamento e análise das informações que foram coletadas através de entrevistas com perguntas semi-estruturadas. A opção pela técnica deu-se devido ao fato da análise de conteúdo ter como funções a verificação de hipóteses e/ou questões e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Pode compreender quatro fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (GOMES, 1994).

Segundo Bardin (1997, p. 42), a análise de conteúdo

É um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que contém informação sobre o comportamento humano atestado por uma fonte documental e tem como objetivo compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas.

Utilizando como referência os eixos dos roteiros das entrevistas, o conjunto de informações foi sistematizado, decomposto e analisado buscando apreender as categorias temáticas, que foram analisadas conforme referencial teórico apontado no estudo. Este processo permitiu passar dos elementos descritivos à interpretação e a

⁹O projeto de pesquisa teve os procedimentos avaliados e aprovados pela Comissão de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, UFES em 29-09-2005. (Anexo 2).

investigação da compreensão dos atores sociais envolvidos no contexto da gestão municipal, focando no aspecto referente aos processos de trabalhos desencadeados a partir da condução do Pacto da Atenção Básica.

Para fins de sistematização dos resultados, optou-se por chamar de profissionais de saúde os técnicos que compõem as equipes de Saúde da Família e de gestores os atores envolvidos na coordenação do processo incluindo, o gestor municipal, a coordenação municipal da Estratégia Saúde da Família e os gerentes das USF.

4 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DA PESQUISA

4.1 Caracterização do Estado do Espírito Santo

O Estado do Espírito Santo localiza-se na Região Sudeste, sua capital é Vitória. Possui 46.184 Km² de área, distribuída por 78 municípios. Limita-se ao norte com o estado da Bahia, ao sul com o do Rio de Janeiro, a oeste com Minas Gerais e a leste com o Oceano Atlântico.

Nos últimos trinta anos, a estrutura produtiva local passou por uma intensa transformação. Até os anos 60, a economia capixaba tinha sua base assentada sobre o setor primário, representado pela monocultura cafeeira. Com o declínio dessa atividade, teve início um processo de industrialização calcado tanto na implantação de grandes projetos produtivos (Companhia Vale do Rio Doce – CVRD, Companhia Siderúrgica de Tubarão – CST, Aracruz Celulose e Samarco Mineração) quanto no fortalecimento dos gêneros tradicionais do setor secundário estadual.

O setor agropecuário capixaba apresenta atualmente como principais atividades a cafeicultura, a fruticultura de clima tropical (o Espírito Santo é o maior produtor de mamão do País), o cultivo de especiarias, a pecuária bovina (de corte e de leite) e a extração vegetal (cultivo de eucalipto como matéria-prima para a indústria de celulose local). No secundário, há um segmento extrativo bastante dinâmico, tendo em vista as jazidas de mármore, granito, calcário, petróleo e gás natural, com grandes jazidas descobertas recentemente que colocam o Estado em posição privilegiada no cenário nacional, despontando como segundo maior produtor de petróleo e gás. Como produtos característicos da indústria estadual ainda se destacam a celulose, aço, produtos químicos, tecidos, confecções, balas e chocolates.

No setor terciário, pode-se destacar o comércio exterior e o transporte de cargas e de passageiros. O Estado possui ainda grande potencial turístico, pouco explorado, contando com um relevo diversificado, abrangendo uma porção litorânea com clima

tropical de sol praticamente todo o ano e uma região montanhosa onde predominam os costumes de origem européia, trazidos pelos imigrantes italianos e alemães.

Até a década de 50, os dados socioeconômicos revelam que 80% dos empregos e 27,1% da renda do setor agrícola eram provenientes da cafeicultura. Na década de 60, devido à crise cafeeira e à implantação de indústrias, ocorreu um grande fluxo migratório, elevando a concentração da população principalmente nos municípios Serra, Vitória, Vila Velha e Cariacica, e nas demais cidades polarizadoras econômicas do Estado (São Mateus, Linhares, Colatina e Cachoeiro de Itapemirim).

Na década de 70, o desenvolvimento da atividade portuária e as implantações dos chamados grandes projetos voltados para a exportação, localizados na mesma região, aceleraram o processo de êxodo rural e a concentração urbana local, ocasionando a geração de grandes bolsões de pobreza nas periferias das cidades, agravando sobremaneira a qualidade de vida urbana dessas populações no que se refere às condições de habitação, saúde, educação, transporte, etc.

A população do Estado do Espírito Santo é de 3.251.862 habitantes (BRASIL, 2006).

A taxa de crescimento demográfico no período de 2000 a 2004 foi de 2,0% ao ano, a maior da Região Sudeste e a do Brasil que cresceu em média 1,7% a.a. no mesmo período (IDH, 2005).

Em 2000, a proporção de crianças menores de cinco anos era de 9%, enquanto a de idosos (com mais de 60 anos) é de 15% da população do Estado. A esperança de vida ao nascer, neste ano, era de 70,3 anos, um pouco superior a Região Sudeste, 69,6 e a média nacional, 68,6 anos.

A taxa de alfabetização (percentual da população de dez anos e mais de idade que sabe ler ou escrever) no ano de 2000, no Espírito Santo, era de 89,4%, abaixo da Região Sudeste (92,5%) e acima da média nacional (87,1%). A taxa de escolarização (percentual da população que frequenta a escola) no Espírito Santo, em 1999, foi inferior a média nacional e a da Região Sudeste (IBGE/MEC/IPES).

O Espírito Santo compõem, com outros estados, a região brasileira onde se verificam os IDH mais elevados, de acordo com parâmetros definidos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD) para comparações internacionais, colocando-se na décima posição no ranking nacional com índice igual a 0,767. Este índice contempla as seguintes variáveis: esperança de vida ao nascer; taxa de alfabetização de adultos, taxa combinada de matrículas nos três níveis de ensino e renda *per capita*.

A taxa de analfabetismo (% na população de 15 a mais anos de idade) em 2004, era de 9%. A taxa na região sudeste era de 7%, e a do Brasil para o mesmo ano foi de 11%.

Comparando as pirâmides etárias, por sexo, dos anos de 1980, 1996 e 2000, verifica-se a diminuição progressiva das suas bases, o que demonstra que a estrutura etária da população foi se modificando, denotando uma menor taxa de natalidade e do percentual da população mais jovem (abaixo de quinze anos) e o aumento da população na faixa intermediária (20 a 50 anos) da pirâmide, ou seja, há um progressivo envelhecimento da população na composição da estrutura etária do Estado, e a manutenção do equilíbrio entre o número de homens e mulheres em todas as faixas etárias.

Em 2000, a proporção de crianças menores de cinco anos era de 9%, enquanto a de idosos (com mais de 60 anos) era de 15% da população do Estado. A esperança de vida ao nascer, nesse ano, era de 70,3 anos, um pouco superior que a da Região Sudeste, 69,6 e da média nacional, 68,6 anos.

O número de óbitos (crianças menores de um ano) decresceu entre 1999 a 2004. Embora acompanhando a diminuição da taxa de mortalidade infantil ocorrida no País e na Região Sudeste, o Espírito Santo foi o Estado que apresentou uma queda mais acentuada desse coeficiente: 18,78 em 1997, 20,17 em 1998, 17,14 em 1999, 18,63 em 2000, 17,74 em 2001, 15,89 em 2002, 16,23 em 2003, em 2004 e 14,57 em 2005. (Fonte: Pactos da Atenção Básica).

Apesar de se verificar uma melhoria nesses indicadores, nos últimos anos, é importante notar que esses resultados ainda estão distantes dos coeficientes dos países mais desenvolvidos, como Canadá, Estados Unidos e países europeus, que apresentam um coeficiente abaixo de 10 por mil nascidos vivos.

As doenças do aparelho circulatório (DAC), as neoplasias, as doenças endócrinas e as causas externas representaram cerca de 68% do total de óbitos do Estado por causa conhecida. A taxa de mortalidade por DAC, na faixa etária de 20 a 59 anos, foi de 82/100 mil hab. em 1996, oscilou nos anos seguintes e voltou a 82/100 mil hab. em 2003 (BRASIL, 2006).

As internações, no Estado, de 1997 a 1999, correspondem a 7% da população. Observa-se, que nesse período, os partos representaram 27 a 30% do total das internações. As cesarianas, em proporção decrescente, corresponderam a 33,1% em 1997 a 25,7% dos partos em 1999. Do total de partos, em 1999, 26% eram a proporção de partos na adolescência. As internações psiquiátricas aparecem em seguida, de maneira ascendente, nesse período. Em 1999, o percentual, em relação ao total de internações, alcançou 5,24%, justificando a ampliação dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. A grande incidência de internações por doenças cardiovasculares, como a insuficiência cardíaca, os acidentes vasculares cerebrais e as crises hipertensivas; as doenças respiratórias agudas e crônicas, como as pneumonias, asma, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, broncopneumonias e outras, apontavam a necessidade da implantação e implementação de serviços de controle da hipertensão e infecções respiratórias agudas na rede básica.

A Secretaria de Estado da Saúde com o objetivo de promover a descentralização das ações e serviços de saúde e reduzir as desigualdades mediante criteriosa alocação de recursos, garantindo o acesso da população a serviços e ações de saúde com integralidade, equidade e resolutividade elaborou o Plano Diretor de Regionalização – PDR (ESPÍRITO SANTO, 2003)¹⁰.

¹⁰É importante ressaltar que com a implantação do Pacto pela Saúde 2006, será necessária a revisão no PDR.

De acordo com o PDR à organização territorial do Estado do Espírito Santo está dividido em três macrorregiões, subdivididas em oito microrregiões, como o demonstrado na figura 1.

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

- △ - POLO MACRORREGIONAL
- - POLO MICRORREGIONAL
- - SEDE DE MÓDULO

Macrorregião Norte - Colatina - Linhares :

Microrregiões:

- São Mateus
- Colatina
- Linhares

Macrorregião Centro - Vitória

Microrregiões:

- Serra - Santa Teresa
- Vitória
- Vila Velha - Venda Nova do Imigrante

Macrorregião Sul - Cachoeiro

Microrregiões:

- Cachoeiro de Itapemirim
- Guaçuí

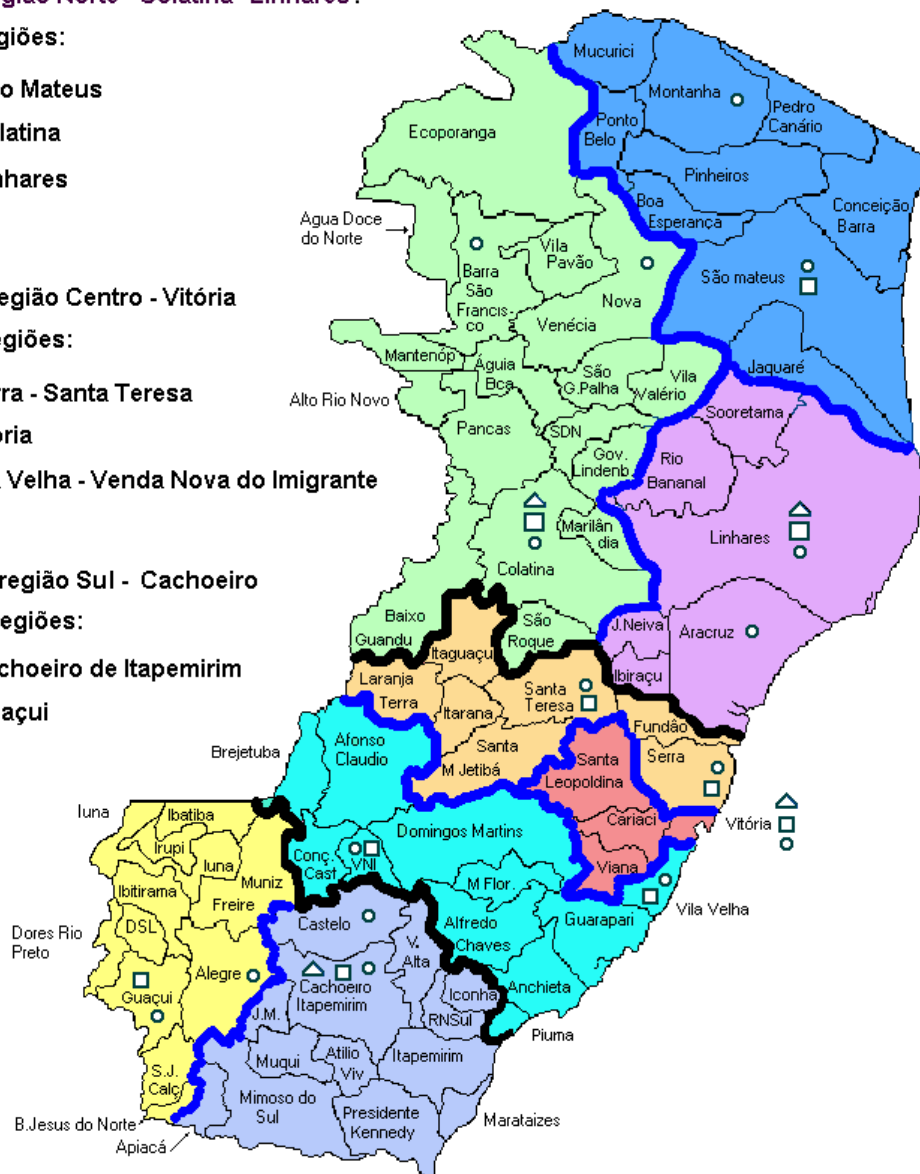


Figura 1. Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo.

Fonte: SESA, 2003.

4.2 O Programa de Saúde da Família no Estado do Espírito Santo

Definida pelo Ministério da Saúde como estratégia para reorganização da Atenção Básica em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e centrado no hospital, a Estratégia de Saúde da Família tem o objetivo de proporcionar, em um território definido, atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da família, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, estruturando-se a partir da criação de equipes mínimas.

Compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, as Equipes de Saúde da Família possuem ações centradas nas famílias de sua área de atuação, estabelecendo vínculos de responsabilidade e confiança entre os profissionais da equipe e a população.

No Estado do Espírito Santo, iniciou-se com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em meados de 1997, e no ano de 1998 implantou-se a primeira Equipe de Saúde da Família no Município de João Neiva.

Para a viabilização destas estratégias, a SESA fez uma ampla discussão com os gestores municipais de saúde, iniciando as discussões com o COSEMS no mês de fevereiro de 1997. Em março, foram realizadas 04 reuniões nas quatro macros regiões de saúde do Estado, onde contou com a participação de um técnico do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Com o objetivo de divulgar a Estratégia Saúde da Família e sensibilizar os Prefeitos Municipais do Estado, a SESA realizou no mês de abril do mesmo ano o “1º Seminário Estadual para Implantação da Estratégia Saúde da Família”. Neste seminário estiveram presentes representantes dos 67 municípios do Estado com uma participação expressiva dos Prefeitos Municipais, onde foram apresentadas as experiências dos Municípios de Quixadá-Olinda/PE e de Niterói-RJ; além da Conferência magna proferida pelo Prof. Eugênio Mendes Villaça da Escola de Saúde Pública de BH.

Após estes momentos de sensibilização, houve a adesão de 63 municípios à proposta de implantação das equipes encaminhadas a SESA pelos municípios. Vale ressaltar que além da manifestação do interesse em implantar as equipes, os gestores assinavam um termo de compromisso onde eram estabelecidos os critérios como: equipes completas compostas por médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde com carga horária de trabalho de 40 horas semanais e ATA de aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Desta forma, em 1998 foram implantadas 26 equipes de saúde da Família tendo sido ampliada a cobertura gradativamente, estando atualmente com 470 Equipes implantadas conforme tabela abaixo.

Evolução histórica da implantação das equipes de Saúde da Família e das equipes de saúde bucal no Espírito Santo. Período 1998 a junho 2006.

Tabela 1. Evolução da implantação das equipes de saúde da família no Espírito Santo de 1998-2006.

Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ESF	26	36	167	271	318	336	399	471	470
ESB	0	0	0	38	84	112	191	262	271

Fonte: SESA, 2005.

Após a implantação das primeiras equipes, a SESA, em parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo, iniciou a capacitação dos profissionais baseada na metodologia da Universidade de Toronto, Canadá, cuja orientação pautava-se nos princípios da Vigilância em Saúde, com critério de base territorial, orientação por problemas e intersetorialidade. Além destes aspectos a metodologia atendia a realidade do Estado do Espírito Santo, pois havia a possibilidade de capacitação em larga escala.

Passados oito anos da implantação das primeiras equipes, a SESA com o objetivo de consolidar a organização da Atenção Primária à Saúde em âmbito estadual, vem desenvolvendo várias ações para construir uma rede de pontos de atenção à saúde, cujo conjunto denomina-se FAMÍLIA SAUDÁVEL.

As ações que estão sendo propostas e encaminhadas são: alinhamento conceitual que consiste numa proposta de levar a todos atores envolvidos neste processo informações/capacitações acerca dos conceitos sobre APS, com o objetivo de envolvê-los para uma elaboração conjunta de uma proposta de estruturação do sistema de saúde do Estado voltado para o fortalecimento deste nível de atenção; elaboração do Manual da Atenção Primária que conterà passo a passo as orientações para o desenvolvimento das ações da APS; elaboração do prontuário da Saúde da Família; monitoramento das internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial; Proposta de educação permanente; certificação das equipes de Saúde da Família, que consiste na elaboração de um diagnóstico situacional do PSF no Estado sobre as condições de estrutura e o processo de trabalho; padronização do projeto de necessidades para as Unidades Básicas de Saúde; Ferramentas para a melhoria da qualidade da APS; linhas-guias para as diversas áreas técnicas; plano de monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde.

4.3 Caracterização do Município de Vitória

Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, integra a Região Metropolitana de Vitória, ou Grande Vitória, em conjunto com os municípios de Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana, Guarapari e Fundão. Integra juntamente com esses a principal área industrial, onde se situam 32 das 52 maiores empresas desse setor no Estado. Possui uma área de 104,3 km², que representa 6,15% da região e 0,19% do território estadual.

Região Metropolitana da Grande Vitória

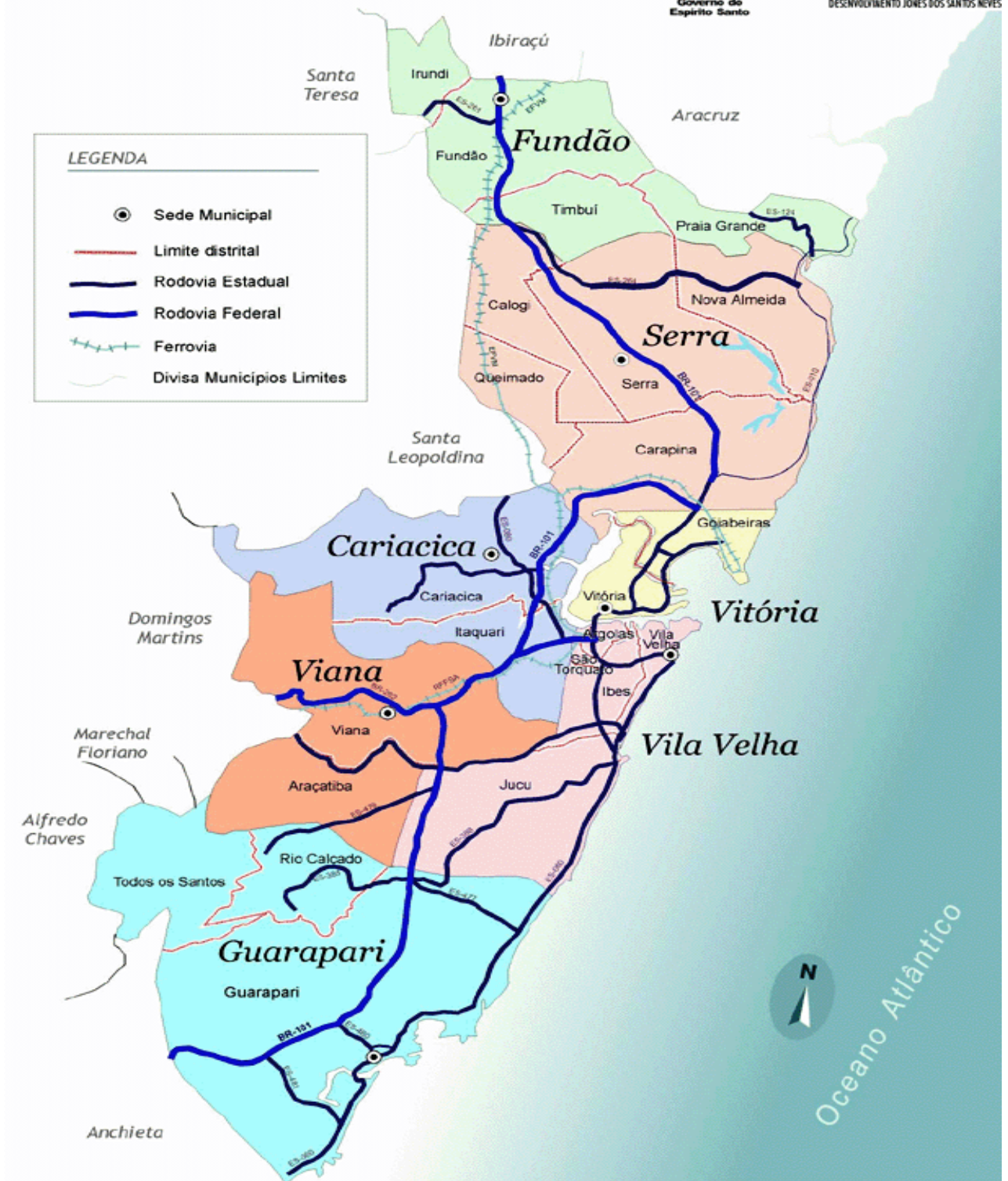


Figura 2. Região Metropolitana da Grande Vitória.
Fonte: IPES, 2003.

Segundo dados do IBGE, a população atual é estimada em 317.083 habitantes, com uma densidade demográfica de 2.870,15 hab./km².

Tabela 2. População residente no Espírito Santo, segundo faixa etária.

Faixa Etária	População Residente
Menor 1 ano	4.687
1 a 4 anos	19.651
5 a 9 anos	24.369
10 a 14 anos	28.186
15 a 19 anos	33.291
20 a 29 anos	57.917
30 a 39 anos	50.448
40 a 49 anos	44.311
50 a 59 anos	25.863
60 a 69 anos	16.001
70 a 79 anos	8.864
80 anos e mais	3.495
TOTAL	317.083

Fonte: IBGE, 2006¹¹.

Vitória é uma cidade constituída de 34 ilhas e uma região continental. O clima predominante é tropical úmido, com temperaturas médias máximas de 30,4°C e mínimas de 24°C.

Constitui-se numa cidade atrativa para investimentos em diversos setores. Concentrando cerca de 21,32% do PIB, 22,7% do potencial de consumo (IPC) e 29% da mão-de-obra empregada do Espírito Santo, o Município encontra-se no centro do desenvolvimento regional.

Esse dinamismo econômico na capital resulta principalmente, dentre outros indicadores, da sua elevada competitividade na oferta de serviços em comércio exterior, logística, do apoio à economia urbana industrial da Grande Vitória, do crescimento do setor de turismo e da construção civil. Acrescenta-se que, nos últimos anos, as atividades ligadas à exploração de petróleo e gás natural ganharam impulso e já refletem impactos positivos diretos e indiretos em toda a Região Metropolitana, tais como: aumento de investimentos e geração de empregos, a expansão das atividades portuárias, fomento ao turismo de negócios, entre outros.

¹¹Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS.

A localização da cidade é privilegiada do ponto de vista econômico, contribuindo de forma substancial para a competitividade das empresas. Sua proximidade com os principais mercados do país tem imprimido uma vitalidade crescente à economia local. A importância dessa localização estratégica fica evidente, quando se constata que num raio de 1.000 km concentram-se cerca de 62% do PIB nacional, representando um mercado consumidor de mais de 80 milhões de pessoas.

O Município apresenta uma renda per capita de R\$ 15,7 mil, um IDH de 0,856 e esperança de vida ao nascer de 70, 74 anos. A taxa de alfabetização na população a partir dos 5 anos, é de 92,83% (IBGE, 2000).

O Sistema de Saúde do Município de Vitória conta com vinte e sete Unidades Básicas de Saúde, três Pronto-Atendimentos, uma Policlínica de Especialidades, nove Centros de Referência, onze Módulos de Serviço de Orientação ao Exercício e ainda um Laboratório de Análises Clínicas próprio. Esses serviços estão distribuídos em seis regiões de saúde, compostas por 22 territórios.

Unidades de saúde com equipes de saúde da família	1. Região Continental: US de Jardim da Penha; 2. Região Forte São João: US Praia do Suá e US Jesus de Nazaré; 3. Região Centro: US Fonte Grande, US Vitória e US Ilha do Príncipe; 4. Região de Santo Antônio: US Favalessa, US Santo Antônio e US Grande Vitória; 5. Região de São Pedro: US Ilha das Caieiras, US Santo André, US São Pedro V e US Resistência; 6. Região Maruípe: US Andorinhas, US Maruípe, US Consolação, US Bairro da Penha; e US Tomás Thomazzi.
Unidades Básicas de saúde	1. Região Continental: US Jardim Camburi; US Jabour; US Maria Ortiz; 2. Região Forte São João; US Ilha de Santa Maria.
Unidades de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde	1. Região Continental: US Bairro República; 2. Região Forte São João: US Forte São João; 3. Região Centro: US Santa Tereza e US Avelina.
Laboratório Central Municipal	_____

Quadro 2. Distribuição das redes de serviços do Município de Vitória.

Fonte: SEMUS/PMV

O Município de Vitória, desde a discussão do primeiro pacto, em 1999, sempre participou das oficinas oferecidas pela SESA. As metas constantes no pacto

efetivado entre o Município de Vitória e a SESA em 2005 estão demonstradas no Anexo 1.

Com relação aos recursos humanos, de acordo com o documento apresentado pelo Município de Vitória na audiência pública em maio de 2006 (AUDIÊNCIA), observou-se a predominância de contratos de trabalho, representando 51% do total dos servidores da SEMUS.

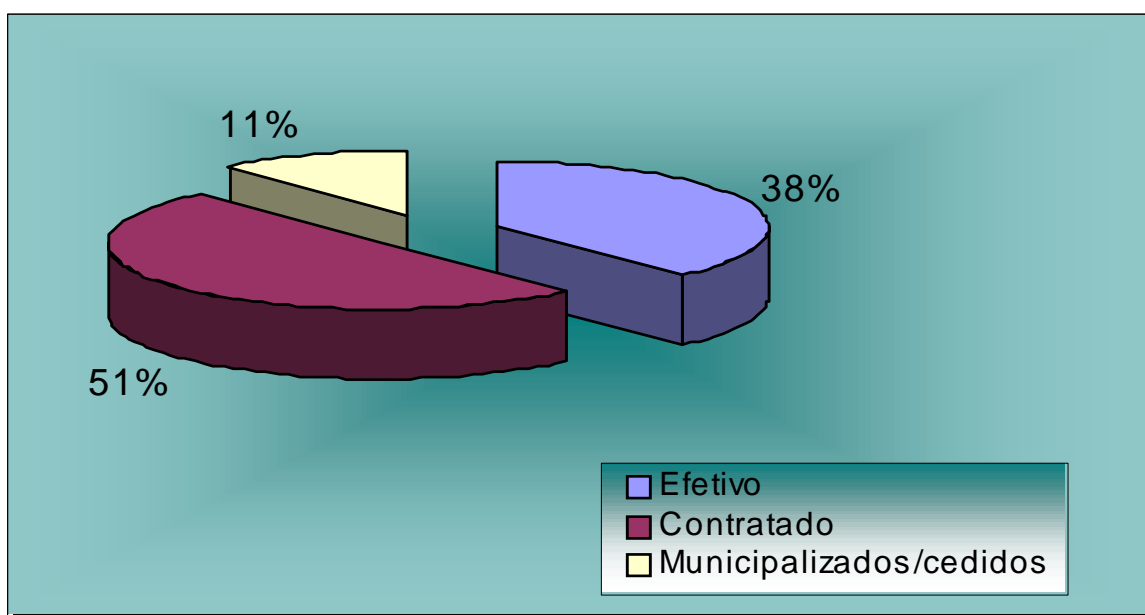


Figura 3. Número total de servidores/SEMUS: 2.594.
Fonte: Relatório SEMUS: audiência pública de 2006.

3.4 Situação atual do Programa de Saúde da Família no Município de Vitória

Visando a constituição de um sistema integrado de serviços de saúde de base territorial, a Estratégia Saúde da Família foi definida pelo município por ser considerada um caminho que permitiria acelerar a proposta de reorientação e reorganização do modelo assistencial a saúde, sendo iniciada a sua implantação em janeiro de 1998 (VITÓRIA, 2001).

A Região de São Pedro foi a escolhida para ser a área piloto de implantação da Estratégia Saúde da Família em razão de grandes dificuldades de acesso à

assistência médica da população local e por estar articulada a um projeto urbanístico e intersetorial do governo municipal para a região.

Segundo informações da Prefeitura Municipal de Vitória e da documentação constante na SESA, a iniciativa de implantação do PSF pautou-se na decisão política de instituir um novo modelo de atenção no município. Pode-se comprovar segundo documentação existente na SESA, que a proposta de implantação da Estratégia Saúde da Família foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde de Vitória .

A partir de sua implantação a Estratégia Saúde da Família constitui-se na principal diretriz da SEMUS e estabelece a reversão gradual do modelo de atenção à saúde. O modelo instituído segue princípios como: participação da população, descentralização, democratização, intersetorialidade e a prática de vigilância à saúde, tendo inspiração no modelo canadense de Medicina Familiar Comunitária da Universidade de Toronto.

No decorrer da implantação da Estratégia Saúde da Família outro aspecto considerado foi de contemplar as áreas de exclusão social, representando também um mecanismo de ampliação do acesso aos serviços de saúde no município.

Neste sentido, a implantação da Estratégia Saúde da Família no município estava vinculada a um projeto intersetorial prioritário do governo municipal (O Projeto Terra) voltado para políticas de urbanização, infra-estrutura e desenvolvimento social para a população em áreas de exclusão.

Após um tempo de funcionamento, a discussão de implantação de outras equipes de Saúde da família passou a ser vinculada a outras variáveis, tais como a afinidade de uma determinada equipe da UBS com a estratégia e identificação de demandas da própria comunidade e da equipe de profissionais de saúde. Nesta época, tinha-se como proposta a implantação da ESF em 100% do município até 2004 (BRASIL, 2002).

As áreas de abrangência de cada unidade de saúde já haviam sido definidas no processo de territorialização organizado em 1994, o que facilitou o processo de implantação das equipes.

Entre as diretrizes operacionais definidas no Projeto de Implantação da Estratégia Saúde da Família, destaca-se o caráter substitutivo das práticas tradicionais articulando-se atividades preventivas e educação em saúde com atenção clínica.

A estratégia Saúde da Família foi assumida pelo município com base em um Sistema Integrado de Serviços de Saúde, concebido como um sistema voltado para a gestão de riscos populacionais da oferta de utilização de serviços e realizada através de uma rede integrada de unidades de saúde que presta atenção contínua à determinada população.

O processo de conversão das Unidades Básicas em USF foi gradual. Em 2000 ocorreu grande expansão e diversas equipes de PACS foram transformadas em Equipes de Saúde da Família, sendo que no ano de 2002 o município já havia instituído 41 ESF.

Em janeiro de 2006, haviam sido implantadas 66 Equipes de Saúde da Família, com uma cobertura populacional de 74% e 17 equipes de saúde bucal, representando uma cobertura de 19% da população. Em relação aos agentes comunitários contratados, observa-se a contratação de 381 agentes com uma cobertura no Estado de 72% da população, conforme parâmetros nacionais de cobertura. (VITÓRIA, 2006)

5 O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA APS CONDUZIDO PELA SESA

Com o crescimento rápido da Estratégia Saúde da Família, a sua expansão recente para as grandes cidades, através do incentivo do PROESF e o tempo transcorrido desde a sua concepção, sentiu-se a necessidade de criação de processos avaliativos, críticos-reflexivos, contínuos e sistemáticos, sobretudo com o propósito de fortalecer e organizar a Atenção Primária à Saúde nos municípios.

No Espírito Santo existem duas propostas que compõe o cenário de monitoramento e avaliação da APS.

5.1 A certificação das equipes do PSF

A Certificação das Equipes de Saúde da Família constitui-se num processo desencadeado junto às equipes que tem como objetivos: a) elaborar diagnóstico situacional do PSF no Estado, demonstrando condições de estrutura e processo de trabalho; b) proporcionar informações que indiquem as prioridades, subsidiando a aplicação dos investimentos para APS/PSF e; c) despertar a importância do monitoramento e avaliação para o acompanhamento das ações das equipes, no âmbito estadual e municipal (ESPÍRITO SANTO, 2001).

O instrumento de certificação foi elaborado pela equipe técnica da SESA e aplicado no período de setembro a dezembro de 2005, por equipes compostas por técnicos da SESA/ES, acompanhados quando possível, de um técnico municipal, sempre em localidades fora da sua área de atuação direta, para estimular troca de vivências.

O instrumento foi subdividido em oito unidades, com total de 148 quesitos diretos que foram: Identificação do município, Identificação da equipe, Ações desenvolvidas pela equipe, Organização de serviço interno, Organização de serviço externo, Avaliação, Infra-estrutura e Impressões gerais do certificador.

Após esta etapa, iniciou-se a alimentação do banco de dados, denominado SISPSF, construído em parceria com a PRODEST.

Este primeiro processo de certificação das Equipes de Saúde da Família teve como objetivo traçar uma linha de base para a avaliação das mesmas, o que possibilitou identificar a situação de funcionamento de cada equipe com relação à infraestrutura, processos de trabalho, bem como outros quesitos necessários ao cumprimento dos princípios básicos colocados nas normas e diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

A partir dos resultados, a equipe da APS, responsável pela certificação, pretende realizar oficinas microrregionais para apresentar os resultados aos gestores com o objetivo de estimular a construção de processos para a melhoria da qualidade além de possibilitar um espaço de troca entre equipes e gestores dos aspectos positivos ressaltados na certificação.

A proposta da equipe de coordenação da APS da SESA é certificar novamente as equipes a cada intervalo de 12 meses, o que possibilitará além de uma fonte de dados importante para o monitoramento e a avaliação da APS uma discussão crítica e o envolvimento efetivo dos atores responsáveis pela implantação da Saúde da Família como os gestores, profissionais e usuários.

5.2 O processo de condução do Pacto da Atenção Básica realizado pela SESA

O outro processo sistemático encaminhado pela SESA é a pactuação dos indicadores contidos no Pacto da Atenção Básica.

Desde a implantação do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, a discussão e a pactuação dos indicadores propostos pelo MS, têm se constituído em um processo de construção coletiva, entre os gestores e técnicos estaduais e municipais, entendendo-o como instrumento de planejamento e avaliação, de potencial político e gerencial de fundamental importância para a organização da APS.

O processo de discussão tem se aprimorado a cada ano, conquistando os gestores para a importância da pactuação que extrapole o pacto burocrático, para se constituir, de fato, num pacto com a dimensão técnica de responsabilidade epidemiológica peculiar a cada nível de gestão (MEDINA, 2000).

O processo de pactuação tem gerado um movimento de integração das diversas áreas bem como a dinamização dos diversos atores responsáveis pelos bancos de dados da SESA para subsidiar estas discussões.

Desde o ano de 2003 a pactuação das metas vem sendo feita em conjunto com o PPI da Vigilância em Saúde, e todo o processo é feito através de oficinas de trabalho com o envolvimento de todas as áreas técnicas, possibilitando desta forma um movimento de integração dos diversos setores da SESA, o que vem refletindo positivamente nos processos de trabalhos dos municípios.

No ano de 2004, participamos de um trabalho de monitoramento dos indicadores dos pactos intitulado “Capacidade institucional de alcance das metas do Pacto da Atenção Básica e da PPI/Vigilância em Saúde”, onde foram levantadas as potencialidades (de processo e de estrutura) auto referidas pelos municípios para o alcance das metas por eles pactuadas¹².

Na oficina de monitoramento do ano de 2005, demos o *feed-back*, fazendo as análises das potencialidades auto referidas, comparando com o alcance de metas para cada município, possibilitando uma auto-avaliação acerca da estrutura e do processo de trabalho.

Apesar do esforço de articulação entre as três esferas de gestão na coordenação e na implantação do processo de pactuação e das áreas técnicas que compõem a APS, seja no âmbito nacional, estadual e municipal, o que podemos concluir é que a implementação do Pacto ainda não conseguiu ser operacionalmente articulada ao processo de programação pactuada integrada e aos outros instrumentos de gestão do SUS. Esta é uma das principais críticas dos estados e municípios ao processo.

Além desse aspecto, observa-se que é necessário avançar no que se refere a qualidade dos dados gerados pelo setor saúde. Dados duvidosos geram informações distantes da realidade, distorce situações e dificulta intervenções.

Na participação da equipe de condução do Pacto no Estado desde 1999 e na coordenação do processo desde 2002, pode-se observar que os municípios respondem positivamente ao convite à participação nas oficinas de monitoramento dos indicadores e estabelecimento de metas, promovidas por esta coordenação. A comprovação disto dá-se através da presença representativa dos municípios nestes eventos, com um percentual acima de 90% dos municípios da Federação¹³.

Nas oficinas de pactuação, a representação da SESA se dá por meio da participação das referências técnicas, por áreas temáticas, relativas a cada indicador, com apresentação e discussão das propostas de metas a serem pactuadas bem como estratégias para o alcance dessas.

O processo de trabalho durante as oficinas desenvolve-se através de organização dos municípios por microrregiões, de acordo com a divisão administrativa existente no estado, onde a SESA é representada pelos técnicos das áreas temáticas.

É importante ressaltar que o COSEMS (Colegiado de Secretários Municipais de Saúde), sempre esteve presente nas oficinas, em assembléia permanente, nas discussões e encaminhamentos de pontos polêmicos surgidos a serem negociados entre as duas instâncias de governo.

O convite aos municípios para a participação das oficinas é feito pela SESA e direcionado ao gestor municipal, onde se recomenda a presença de dois técnicos envolvidos no processo de gestão da Atenção Básica.

Observou-se uma freqüente solicitação por mais vagas por parte de alguns gestores municipais, principalmente daqueles de maior porte. A alegação para o pleito é de

¹²O resultado deste trabalho encontra-se em fase de organização para ser publicado nos anais da área da saúde.

¹³Fonte: SESA/Coordenação Estadual do Pacto.

que as discussões técnicas referem-se às áreas estratégicas e específicas o que dificulta o acompanhamento das discussões por parte dos referidos gestores.

Essa mobilização instigou-nos a querer saber qual o entendimento dos participantes acerca das oficinas oferecidas pela SESA, sua importância e a forma com que eles elegem seus representantes para participarem destas.

Com este objetivo, e servindo ainda como subsídio ao presente estudo, colhemos a opinião de técnicos participantes de uma oficina de monitoramento do pacto ocorrida em outubro de 2005. Para tanto, elaboramos um formulário¹⁴ que foi respondido por 31 (trinta e um técnicos).

As questões abordadas no formulário, além da formação e função do entrevistado, referiam-se a: qual a utilização das oficinas realizadas pela SESA para os municípios, e quais são os critérios utilizados pelos municípios para a indicação de seus técnicos para participarem destas oficinas. Os resultados desta abordagem foram transcritos mais a frente.

A composição profissional dos participantes da oficina é demonstrada na tabela abaixo.

Tabela 3. Categorias profissionais dos participantes da Oficina do Pacto da Atenção Básica, ES, 2005.

Formação dos profissionais	Numero Absoluto	Percentual
Enfermeiro	08	25,81%
Assistente Social	03	9,68%
Médico	03	9,68%
Nível Médio	02	6,45%
Outros	15	48,38%
Total	31	100%

Fonte: SESA/Coordenação Pacto Atenção Básica.

No item referente à função desempenhada por estes profissionais nos seus municípios 09 entre os 31 entrevistados eram Secretários Municipais de Saúde. Em

seguida apareceram os coordenadores do PSF e do Controle e Avaliação. Treze dos trinta entrevistados estavam distribuídos entre outras funções da gestão municipal.

Tabela 4. Função desempenhada nos municípios pelos profissionais presentes na Oficina de monitoramento do Pacto da Atenção Básica, ES, 2005.

Função	Número absoluto	Percentual
Secretário de Saúde	09	29,0 %
Coordenador da V. Epidemiológica.	05	16,1%
Coordenador do PSF	02	6,45%
Técnico do Controle e Avaliação	02	6,45%
Outros	13	41,93%
Total	31	100%

Fonte: SESA/Coordenação Pacto da Atenção Básica

A participação dos gestores municipais de saúde nas oficinas do Pacto (29,0%) sugere a preocupação que estes atores têm na condução deste processo.

Nos depoimentos colhidos sobre o entendimento da utilização do Pacto, observamos que o processo de gestão da atenção básica encontra-se presente no entendimento dos participantes, expressos da seguinte forma:

[...] o pacto serve para coordenar as ações da Atenção Básica... Serve para estabelecer metas a serem alcançadas... Serve para programar o atendimento à população no que se refere à Atenção Básica... Direcionar as responsabilidades dos gestores... Fomentar políticas de saúde no âmbito municipal.

Sobre a utilidade das oficinas realizadas pela SESA, o entendimento é de que elas configuram um espaço para troca de experiências, de capacitação de profissionais e de qualificação da saúde.

A partir desta opinião concluímos que os objetivos estabelecidos pelas oficinas são atingidos, uma vez que a SESA, enquanto gestora deste processo, busca nestes espaços o fortalecimento de propostas para uma gestão solidária e participativa

¹⁴O formulário constitui-se no Anexo 4..

entre os municípios¹⁵, proporciona um espaço de troca de experiências e cooperação entre os municípios e objetiva o estabelecimento de estratégias para o alcance das metas pactuadas.

Os critérios para a indicação dos técnicos que participam das oficinas, são estabelecidos, levando em consideração a relação do Pacto da Atenção Básica com os trabalhos que desenvolvem e o seu lugar na gestão municipal.

A maioria são coordenadores do PSF, coordenadores de Programas e da Vigilância em saúde. Algumas indicações são feitas para técnicos envolvidos na elaboração, monitoramento e avaliação do pacto e do plano municipal de saúde, bem como de outras áreas afins.

Sobre os critérios de escolha dos participantes das oficinas, destacamos a seguinte fala:

[...] possuir perfil, tempo de serviço, capacidade de serem multiplicadores do processo, comprometimento com o cargo que desempenha, responsabilidade com os serviços, conhecimento técnico, credibilidade frente ao secretário e a população.

Essa fala sugere o entendimento de que existe a preocupação dos gestores com o perfil dos técnicos escolhidos para participarem das oficinas, ressaltando a capacidade gerencial; sendo este aspecto positivo para a operacionalização do pacto no âmbito da gestão municipal.

¹⁵A exemplo desta proposta realizamos na última oficina um “amigo anjo” onde cada município deveria proteger um outro município de sua micro região durante todo o evento e ao final oferecer ao

6 O PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA GESTÃO DA APS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA E AS ESTRATÉGIAS PARA A SUA CONDUÇÃO

6.1 Os olhares dos profissionais das equipes de saúde da família

Visando descrever o nível de conhecimento sobre o Pacto da Atenção Básica pelos profissionais de saúde, perguntou-se inicialmente se eles sabiam o que era o Pacto da Atenção Básica. Dos 12 (doze) profissionais de saúde que compõem a amostra deste estudo 08 (oito) responderam que conhecem este instrumento e 04 (quatro) responderam negativamente.

Outra categoria analisada pelo estudo foi o entendimento dos profissionais das equipes de saúde da família acerca dos significados do pacto da atenção básica. Varias foram os entendimentos sobre este instrumento, e procuramos descrevê-los agrupados de acordo com as subcategorias.

Os dados revelam que 05 (cinco) dos 12 (doze) profissionais de saúde conhecem ou já ouviram falar do pacto como um trabalho baseado nos indicadores de saúde, com a finalidade de alcance de metas pactuadas, conforme os relatos a seguir:

É um trabalho que a gente faz baseado nos indicadores de saúde.

São metas a serem pactuadas pelo ministério que a gente tem que atingir para determinadas ações que foram pactuadas.

Dentre os relatos apareceu o entendimento do pacto como uma proposta de alcance de metas aliado com a qualificação de ser um instrumento capaz de melhorar a qualidade da assistência, conforme a descrição abaixo.

[...] são algumas metas que os municípios tem pactuado inicialmente com o estado, e depois com a união, e são metas que visam melhorar a qualidade da assistência a partir do momento que você consegue atingi-las com o passar do tempo.

seu protegido algum presente. A maioria ofereceu algum tipo de serviço objetivando ajudá-lo na organização do seu sistema de saúde.

[...] por exemplo assim: se eu tive um índice de mortalidade infantil no ano passado alto esse ano eu tenho que reduzir. [...] pelo menos foi isso que eu aprendi com o início do pacto na saúde.

Alguns profissionais entendem o pacto como um instrumento para o atendimento a grupos prioritários da população. Algumas falas direcionadas para esse conteúdo estão descritas a seguir.

[...] atendimento a grupos prioritários [...]

O pacto da atenção básica é a saúde da atenção básica das unidades de saúde básica, darem cobertura a uma determinada população, um determinado território com resultados como os indicadores de saúde, por exemplo, saúde da criança, doenças prevalentes, saúde da mulher, saúde do idoso. Enfim, quer dizer acobertar e dar um resultado em relação a isso, que vai gerar mais saúde.

Dentre os depoimentos dos membros das equipes, a fala descrita revela o entendimento do pacto como um conjunto de normas estabelecidas pelas três esferas de governo e que devem ser cumpridas.

[...] o que eu entendo e um conjunto de normas que a gente tem que realizar para atender a população.

Outro aspecto que apareceu no relato de um dos profissionais que vincula o pacto às normas, é o entendimento deste instrumento enquanto viabilizador de recursos para a APS.

É um pacto onde o governo federal manda verbas para que a saúde seja atendida num nível básico da atenção primaria.

Dois profissionais entrevistados explicitaram o entendimento de que o pacto é um instrumento importante para o desenvolvimento dos trabalhos das equipes.

Olha, eu observo assim, na minha prática, que ele é um instrumento super importante. Deveria estar se constituindo num instrumento mas o que eu observo são assim situações pontuais, ou seja, em alguns lugares, em algumas unidades, uma preocupação grande em estar buscando alcançar esse pacto. Em outras, eu observo que não existe

essa preocupação, até por desconhecimento dos profissionais, essa é minha observação.

Nesta fala, percebe-se que apesar de haver um entendimento acerca do pacto como um instrumento que poderia contribuir com a gestão, este não tem sido utilizado para este fim de forma sistemática, havendo, segundo o entrevistado, um desconhecimento dos profissionais sobre a sua existência.

Outra fala revela o entendimento do pacto como atendimento ao nível básico, relacionado à prevenção.

Eu acho que dar atenção né, dar atendimento aos pacientes no nível básico, para que seja promovida a prevenção e que isso não precise chegar a uma recuperação de alguma doença.

O pacto foi descrito também como ações para embasar a construção de modelo de atenção. A fala a seguir revela este entendimento.

O pacto é ... vamos dizer, assim, uma pactuação que existe entre o município, o ministério da saúde e o estado na organização das ações para poder ter embasamento até nisso para construção do modelo de atenção, que ai a gente tem que ter os indicadores, quais as ações que a gente vai desenvolver.

Os relatos dos entrevistados apontam para diferentes aspectos sobre o pacto, porém, percebe-se que não existe um conhecimento acerca deste enquanto um instrumento proposto pelo MS para a avaliação e o monitoramento da APS.

Outra categoria analisada pelo estudo foi a influência do pacto sobre o processo de trabalho das equipes. Dos doze profissionais entrevistados apenas dois profissionais relataram que este tem influenciado no processo de trabalho por eles desenvolvido, nove disseram que o pacto não influencia o processo de trabalho e um relatou que influencia apenas no processo de trabalho das equipes que o conhecem. O relato a seguir revela este entendimento.

É aquilo que eu te falei, as equipes que conhecem o pacto, que entendem a importância dele, que discutem dentro das equipes a importância, as metas, a metodologia, como fazer para alcançar, conseguem avançar, aquelas que não, elas não conseguem avançar.

Este aspecto é reforçado pelo fato de que as equipes não têm participado do processo de discussão do pacto conduzida pela gestão municipal.

[...] não das equipes diretamente [...]

Uma discussão assim, uma hora marcada pra isso? Não, isso acontece mesmo no dia a dia, mas assim, um dia marcado para discutir entre uma equipe e outra, não.

Eu vou falar a verdade, eu acho assim que a gente não trabalha em cima de pacto, a gente trabalha em cima de algumas coisas que a prefeitura fala que a gente deve fazer. Por exemplo, às vezes eles falam assim aumento e você tem que aumentar o número de fatores iniciais mas às vezes não explica porque, como é que a gente tem que fazer isso. Você tem que diminuir o numero de internações, aumentar mais programas de prevenção, mas não dá pra saber como foi pactuado isso. E a gente tem que atingir essa meta. e então, a gente trabalha um pouco assim, sobre ordem, faz isso, mais não fala o porque de fazer isso. A gente sabe um pouquinho mais porque a gente fez algum curso fora.

Não, veja, porque o volume daqui é muito grande, o volume de serviço é muito grande, então você não tem como trabalhar isso. Ele no papel existe, a gente faz todo ano, mas ele não existe aqui.

[...] e não chega na ponta e nós que somos os principais atores[...]

Um profissional apenas relatou que a discussão vem acontecendo em reunião de colegiado.

[...] reunião de colegiado, a gente faz por território e ontem mesmo a gente teve uma reunião onde foi discutido esse pacto e nos propusemos assim que..., que nós os dentistas a gente se reúne pelo menos uma vez por mês para idéias, trocas de experiência para a gente conduzir nosso território.

Apesar dos atores envolvidos neste estudo expressarem um conhecimento acerca do pacto, as falas acima revelam que não existe um processo sistematizado de envolvimento das equipes na condução deste instrumento, o que evidencia o seu não uso enquanto instrumento de gestão para o monitoramento e avaliação da APS.

Estes achados nos sugerem que os objetivos propostos para o pacto como um elemento potencializador das práticas cotidianas de monitoramento das ações desenvolvidas no âmbito da APS não têm se efetivado. As equipes não estão se

apropriando deste instrumento e, portanto, não se observa movimentos que conduzam a mudanças nos seus processos de trabalho.

Alguns fatores foram apontados pelos profissionais e constituem-se em impedimento da condução do pacto junto às equipes. Um deles que mereceu destaque por ter aparecido em diferentes falas relaciona-se a rotatividade de pessoal.

Olha, algumas equipes não conhecem bem.

[...] em relação a isso, aí eu acho que entra a questão dos contratos temporários, a rotatividade de profissionais,

[...] então, como eu sou uma profissional mais antiga, eu participo de todo um processo e tal. Tem que discutir, eu discuto, participo de cursos e para..., então você tem um nível de comprometimento, de entendimento, agora a pessoa que chega e fica um ou dois meses e vai embora, ela nem... mal ouvi falar. As pessoas que não participam das discussões elas não se comprometem com os processos. Quando você não está inserido nas discussões fica mais difícil.

Percebe-se que a precariedade do vínculo dos trabalhadores da saúde foi relacionada à dificuldade de apreensão do pacto por estes profissionais. Este fato nos remete a ressaltar que, conforme os fóruns de discussões sobre este tema, o investimento nesta área influencia decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados a população. Portanto, faz-se necessário um olhar crítico para esta situação.

Outra categoria analisada no estudo refere-se à articulação com outros atores no processo de discussão e encaminhamento do pacto. Neste aspecto apenas um entrevistado apontou a Secretaria de Ação Social como parceira.

Perguntado sobre a participação da população neste processo, apenas um entrevistado apontou o conselho local como um possível aliado. Porém ficou claro que este é apenas um desejo da equipe, vez que o conselho local encontra-se desarticulado. A fala abaixo expressa esta situação.

Conselho local é... Está para ser formado um conselho local que ainda não tem, mas já teve aqui nessa unidade, onde toda comunidade era envolvida nesse sistema como representante de cada bairro, representante da terceira idade, representante da

pastoral e era... Mas é muito complicado, não tem como... A gente procura fazer esse grupo de atenção, né, e...

Esta evidência da pouca articulação da gestão local com a comunidade neste processo de condução do pacto revela a fragilidade da constituição de atores capazes de alterar a correlação de forças, que segundo Cecílio (2004, p 66) "[...] é necessário para viabilizar transformações concretas no sistema de saúde".

Merhy destaca a necessidade da autonomia do trabalhador e da publicização dos espaços institucionais para este fim.

[...] seria necessário reconstruir a idéia de autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e procurando a configuração do trabalhador coletivo, e construir um processo que publicize os espaços institucionais com a presença do conjunto dos atores, realmente interessados na saúde, em particular os usuários (MERHY, 1994, p. 121).

Desta forma, reforçando a questão levantada neste estudo na discussão sobre as formas de gestão do setor saúde, a viabilização do processo de participação dos diversos atores deverá contar com uma metodologia de planejamento e gestão que incorpore os princípios da participação e da democratização do setor público, que possibilite a distribuição do poder e autonomia para as equipes responsáveis pela execução das ações nas unidades básicas de saúde, pois, pensando nos ensinamentos de Cecílio, não há projeto de defesa da vida, sem a constituição de sujeitos coletivos que se apropriem do projeto e o conduzam com autonomia e criatividade (CECILIO, 2004).

6.2 Os olhares dos gestores municipais

Os seis gestores de saúde incluídos neste estudo que são os coordenadores das unidades, a coordenação municipal da ESF e o gestor municipal de saúde, relataram conhecer o pacto da atenção básica.

Perguntado acerca do significado do pacto, o resultado demonstra que assim como os profissionais das equipes os gestores apresentam entendimentos variados.

Alguns entendem o pacto enquanto instrumento voltado para o alcance das metas pactuadas junto ao MS.

O objetivo é a gente atingir metas, alcançar metas traçadas pelo município, junto ao MS, e compete a unidade de saúde, a gente estar traçando ações voltadas pra que a gente consiga atingir o pacto, a meta pactuada pelo município.

A gente estabelece um programa, e esse programa a gente tem uma meta a ser atingida, uma meta que a gente tem que cumprir, meta essa que o MS passa e que a gente tem que trabalhar de forma que a gente consiga pactuar isso aí, que a gente consiga chegar nessa meta,

É uma pactuação, que é feita entre gestores, nível nacional, estadual e municipal para verificar os indicadores,

São os indicadores que a gente vai trabalhar a partir desse pacto, o entendimento que a gente tem assim, do nosso cotidiano, então eu qualificaria, conceituaria o pacto da atenção básica a partir disso aí, é a pactuação dos serviços que serão produzidos dentro da atenção básica. É o objetivo desse pacto é exatamente esse, é você qualificar, é você estabelecer, destinar os recursos que serão disponibilizados para determinadas áreas. e então, acho que eles são repassados a partir do pacto que foi feito. E eu acredito também que esse pacto ele tem muita relação com os indicadores, se você vai trabalhar por exemplo a questão da hipertensão arterial, dos diabetes dentro de um determinado território, você vai ver o que isso representa de mobilidade. Então, você vai pactuar isso dentro do seu indicador, agora se ele realmente é um instrumento de gestão?

O pacto da atenção básica são indicadores pactuados pelo município, pelo estado, com o ente federativo para atingir metas em relação à saúde, principalmente para a organização da atenção primária.

Outro aspecto revelado nas entrevistas é o entendimento do pacto como ferramenta para a melhoria da qualidade de vida.

O objetivo é melhorar a qualidade de vida do usuário, alcançar os indicadores realmente do pacto em relação à melhoria da qualidade de vida diretamente na assistência.

O pacto ele é uma ferramenta importante entre municípios, estados e união no sentido de estabelecer parâmetros mínimos de programas de ação e serviços de saúde com visto de melhorar a qualidade de vida das pessoas,

Esses indicadores tem como objetivo avaliar a atenção, a assistência aos usuários, basicamente isso.

O Pacto é entendido também pelos gestores como viabilizador de recursos.

Na verdade, a gente não tem apropriação conceitual da atenção básica, mais a gente sabe do pacto. O pacto ele existe para, na verdade, organizar o serviço, organizar o sistema e até mesmo de disponibilização de recursos, para criar esse recurso vai ser disponibilizada saúde da mulher, saúde da criança,

Perguntado se o pacto tem se constituído num instrumento de gestão as respostas dos gestores apontam para o entendimento deste aspecto, porém com limitações, tendo em vista que ele não tem sido utilizado pelos gestores das USF na sistematização do processo de trabalho.

Sim, aqui na unidade a gente tem trabalhado como um instrumento, a gente tem simplificado um instrumento, é tipo um questionário, é organizado. A gente tinha um instrumento maior e eu tentei sintetizar e traçar com a equipe qual era o objetivo de trabalho da equipe voltado para os principais eixos da ação. A gente traçou metas para a gente atingir nosso objetivo e a gente tem visto no início do ano. Talvez a gente não consiga sistematicamente avaliar esse trabalho, porque falta a gente também assumir isso como instrumento gerencial no processo de trabalho diário.

Sim, a forma que nos acompanhamos apesar de eu ter pouco tempo na secretaria em 2006 eu acompanhei pouco, em 2007 eu vou falar um pouquinho mais em relação ao que esta acontecendo para 2007. Agora, em relação a 2006, o que nós fizemos em relação ao pacto mais diretamente para acompanhar as ações das equipes foi uma agenda positiva que eu achei super inovadora, bem interessante, ainda em tempo para conseguir visualizar o que a gente esta alcançando, o que a gente não esta alcançando e correr atrás desse prejuízo aí. Foi feito agora, tem um mês e pouco, foi feito á agenda positiva, e aí o legal dessa agenda positiva que eu achei é que envolveu os diretores de unidades assim, a pessoa que esta mais na realidade lá, gerenciando a assistência num nível local.

Apesar dos relatos acima apontarem para o entendimento do pacto com o potencial para contribuir com a gestão, aparece neste outro relato a distância que o processo de discussão mantém, inclusive, com os gerentes das US.

Para a gestão sim, agora para a equipe, está sendo muito deficiente ainda, a gente tem os indicadores mas nem sempre as equipes que estão num nível local elas têm conhecimento disso, nessa atual gestão. Agora que a gente está viabilizando, a gente vai envolver as equipes num nível local para saber quais os indicadores da atenção básica para a gente ter isso aí como instrumento.

Eu acho que ele está muito acima, eu acho que o serviço gerencial mesmo não se apropria muito do pacto, hoje a gente está numa gestão coletiva, participativa que a gente tem trabalhado dentro dos planos de ações, a gente tem visto o que tem sido pactuado dentro dos programas. Então, assim a gente está conseguindo ver isso um pouco mais, mas é muito distante o pacto que é estabelecido dentro do município para o serviço que eu gerencio aqui...

Existe um entendimento de que o Pacto tem influenciado o processo de trabalho, uma vez que ele é colocado como um condutor do trabalho.

Eu acho que ele é um instrumento básico que guia a gente na política.

Eu acho que o pacto é um instrumento que a gente usa justamente no nosso processo de trabalho.

Eu acho, principalmente vendo a nossa equipe, a gente se baseia muito sobre os índices pactuadores, e a gente tem que pactuar isso aqui. Um exemplo disso aí. campanha de vacinação. A campanha de vacinação a gente tem que pactuar tanto, não, a gente tem que atingir essa meta, temos que atingir nossa meta. A última campanha por exemplo a gente ficou, acho que foi a terceira unidade móvel com um índice pactuador, houve até um desânimo na campanha de vacinação do idoso, que a gente estava com uma meta baixíssima, tive que organizar a equipe toda e falar calma aí. A gente está atingindo a metade que a gente tem que pactuar, e de penúltimos que a gente estava, saltamos para o terceiro lugar. Então quer dizer, com isso aí, eu volto nisso aqui no fato das equipes estarem incluídas no processo de trabalho na intenção de pactuar corretamente.

Em outro depoimento, também fica claro o entendimento sobre o pacto, apesar de admitir que o processo esteja iniciando.

[...] está iniciando ainda, mas a gente tem o conhecimento, a equipe tem o conhecimento, a equipe esta tendo o conhecimento agora.

Com relação à incorporação das equipes no processo de discussão e acompanhamento do Pacto as respostas dos gestores apontam para diferentes situações.

Inicialmente, todo mundo acha que planejar é o desejo do diretor, do coordenador e quando você trabalha isso mais próximo deles isso vira... passa a ser um processo. E para você, transformar isso em um processo às vezes é difícil, tá complicado porque ele não entende que é um instrumento diário de planejamento, e sim um desejo do

diretor, um desejo da secretaria, uma imposição da secretaria que muitas vezes é entendido como imposição né? E eu quero planejar, mas planejar não é para mim, é para você, é pra fulano e isso demora um pouco,

Acho que a incorporação das equipes na nossa unidade é ótima, tá? Acho que as equipes estão bastante incorporadas, há reunião de equipe toda semana, cada uma dessas equipes se reúnem para discutir sobre isso, os problemas que estão enfrentando nas áreas, então eu acho que a incorporação das equipes é total.

Não das equipes diretamente.

Nos depoimentos acima, aparece a preocupação com o processo de planejamento das ações como forma de articulação das equipes, apesar disso, o estudo revela que o processo de discussão ainda não chegou as equipes de forma sistematizada.

Percebemos que existe um entendimento por parte dos gestores sobre a importância do pacto para a organização do trabalho. Porém, apesar disso, os dados revelaram que o mesmo não está sendo utilizado rotineiramente para o monitoramento das ações. Isto reforça a necessidade de valorizarmos algumas falas que apontam para prováveis entraves a este processo.

[...] a questão da rotatividade prejudica muito essa questão do entendimento e que isso vire um instrumento de trabalho para ele (o profissional) [...] a rotatividade do pessoal influencia muito, e isso é um grande prejuízo para o serviço, é gente boa saindo, é gente ruim entrando. A SEMUS tem enfrentado uma situação de números de profissionais que na realidade são temporários, e a secretaria, ela tem tentado mudar isso tanto que fez o concurso público, só que o concurso, ele demora um pouquinho. Enquanto isso a rotatividade é muito grande dos profissionais.

Outro elemento destacado, que pode estar revelando um entrave para este processo, é o fato das equipes não estarem completas.

[...] a gente tem equipe incompleta e isso dificulta um pouco realmente o atingimento de metas mesmo, a organização da equipe, do processo de trabalho, então essa é uma dificuldade que a gente sabe que precisa ser vencida realmente para que a gente possa melhorar essa situação de saúde ai, e atingir realmente essas metas.

[...] no momento a gente tem a falta de 12 médicos hoje, e a gente tem 66 equipes.

[...] e isso dificulta mais ao mesmo tempo quando você pensa que está se mudando toda uma política da secretaria trabalhar com profissional temporário e aí você está enfrentando um problema agora, mas que daqui algum tempo vai estar solucionado pela questão do concurso...

Aqui também aparece o problema da rotatividade de pessoal, constituindo-se num entrave importante e que merece destaque neste processo de encaminhamento do pacto.

Estes dados foram confirmados no relatório apresentado pela SEMUS na audiência pública em março deste ano, onde relata que dos seus 2.594 servidores, 51% são contratados. Esta realidade leva ao entendimento de que o enfrentamento das questões referentes à política de recursos humanos para o SUS deve ser feito de forma a viabilizar a proposta da Estratégia da Saúde da Família como eixo condutor para a organização da APS, vez que grande parte destes profissionais compõem as Equipes de Saúde da Família.

A situação verificada no Município de Vitória reforça a necessidade de se colocar na pauta de prioridades a necessidade de se pensar em alternativas viáveis para a condução deste processo de precarização dos trabalhos no setor saúde, "[...] tendo em vista que os recursos humanos no setor saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população" (MALAGUTTI; BIOGOLINI, 2007, p. 180).

Vale ressaltar que até o ano de 1990, a contratação dos profissionais no Brasil se dava através de concursos públicos. A partir da implantação da ESF, dada a necessidade de adequação do perfil profissional à nova proposta de trabalho na APS, passou-se a contratar por "contratos temporários".

Este novo tipo de contrato tende a minimizar o risco do perfil inadequado do profissional. Por outro lado, conforme evidenciado no Município de Vitória, cria-se situações que comprometem diretamente a proposta de atuação das equipes de saúde da família, pois a solução de continuidade provocada muitas vezes pela não renovação dos temporários fere os princípios da APS como longitudinalidade e integralidade da atenção.

Neste sentido, é importante lembrar conforme dizem Malagutti e Biogolini (2007), a utilização dos avanços da alta tecnologia não substituirá a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção.

Outro aspecto que apareceu como elemento dificultador para o envolvimento das equipes nas discussões do pacto é a grande demanda nas UBS.

Eu acho que a nossa rotina hoje não permite esse nível de discussão, porque para você discutir isso você tem que fazer contextualização, você tem que preparar esse grupo para ouvir isso, e hoje a gente não tem disponibilidade de espaço para essas instituições, hoje a nossa rotina, ela é assim.

As nossas reuniões de equipe são comprometidas, as reuniões que você planeja, porque na verdade a gente faz um planejamento, a gente não trabalha aleatoriamente, a gente faz um planejamento que se a gente fosse ver de repente a gente poderia relacionar isso com o pacto, mas até nas próprias reuniões para a gente trabalhar essas rotinas, eu tenho 30 gestantes.

Um aspecto importante a ser ressaltado é que a discussão do pacto no município, até o ano passado, restringia-se ao que o gestor abaixo chamou de equipes centrais.

Até o ano passado a gente percebeu que quem fazia essa discussão era o público chamado equipes centrais, as pessoas que compõem os gabinetes, os departamentos que existiam e as chamadas referências técnicas. Cada referência técnica de um programa de saúde que fazia um debate internamente, e essas pessoas continuam participando desse processo, o que a gente agregou foi a discussão com as unidades.

Esta situação revela que o fato do processo ter sido centralizado nas “equipes centrais” pode ser considerado como um elemento que dificultou a apropriação do pacto pelos gestores das USF. Porém, percebe-se que existe atualmente a preocupação da gestão em democratizar este processo, e este movimento faz parte da proposta de valorização dos gerentes destas unidades e tem sido a forma de co-responsabilizar estes atores nas discussões mais amplas da SEMUS, incluindo aí o pacto da atenção básica.

A estratégia é essa, a estratégia é exatamente é de descentralizar para a US que, na visão que o secretário, é o lugar mais importante realmente, porque se a gente continuar centralizando há um coordenador aqui... Eu acho, assim, na realidade seria muita pretensão da gente achar que uma pessoa, ou uma equipe de três, quatro consiga ir lá na assistência e fazer uma ação assim, de qualidade em 66 equipes de saúde da família é muita pretensão. São 66 hoje, quando você fala de um coordenador de saúde da família lá no interior com 20 equipes é uma coisa, você fala lá de 66 equipes aqui, precisaria ter uma equipe bem estruturada e com o número de pessoas maior para conseguir esse objetivo.

[...] então hoje quem participa do processo de avaliação, quem participa da discussão da proposta do novo pacto daquilo que a gente pode pactuar para cima ou para mais ou não, embora a gente faça uma pactuação no conjunto, mas nós envolvemos os diretores das unidades,

Assim, a gente quer passar esse processo da inteligência que eu acho que o pacto da atenção básica é um processo de inteligência da saúde, [...] porque ele de certa forma ele obriga as pessoas que são gestoras a entender o processo que está acontecendo.,Porque alcança e porque não alcança as metas pactuadas...

[...] a gente está passando essa responsabilidade, essa responsabilidade lá para o diretor da unidade.

[...] hoje, em Vitória, não sei se você tem conhecimento em relação à valorização que houve do diretor da unidade, então ele se constituiu como uma autoridade sanitária a nível local de maior importância na secretaria. O secretário tem dado ênfase não só nas ações do diretor, mas também do ponto de vista financeiro o diretor foi valorizado, ele teve um acréscimo no salário dele por conta dessa valorização das ações do empenho dele, para desempenhar as ações. Porque na realidade a gente tem em Vitória um grande centro. Fazer a saúde da família num grande centro, eu acho que é o grande desafio, porque existe uma demanda espontânea muito alta, as unidades de saúde a gente teria que ter uma equipe num nível central muito grande para estar lá o tempo todo, então de certa forma esse diretor ele é exemplo, ele está lá e ele é exemplo, não é de certa forma na realidade ele é exemplo.

[...] inclusive lá na pactuação do Estado tinha diretores de unidades, nunca estiveram lá, era uma coisa mais centralizada no nível central.

A preocupação com a necessidade da discussão do pacto chegar até as equipes também ficam evidenciadas nas falas abaixo.

A equipe tem que conhecer, quem está executando na ponta, ele tem que conhecer quais são essas metas, quais os indicadores, porque eles que estão executando. Não adianta o gestor fazer um pacto colocar lá o pacto a redução da mortalidade infantil, se os

profissionais que executam não têm conhecimento disso, então os profissionais eles tem que se apropriar disso, para que ele possa executar lá, por que eles que fazem, eles que executam, então os profissionais eles tem que ter conhecimento disso, conhecer seu território de saúde e conhecer o indicador, por que senão, não vai concretizar nunca.

Eu penso que super importante é levar a esse profissional realmente o que está na assistência o conhecimento sobre o pacto, isso é um ponto, é ele entender que quem vai na realidade, não existe mais esse pensamento de um pensa e outro executa, essa integração que é legal que esta acontecendo em relação a pactuação e que esta no plano de ação para 2007.

A proposta de democratização encaminhada pela gestão municipal tem como estratégia as rodas de educação permanente.

A gente vai fazer a discussão do através das rodas de educação permanente em saúde, que é uma discussão que a gente tem entre gestores, profissionais de saúde e usuários.

O Programa de Educação Permanente (PEP) foi criado em 2001 e é voltado para treinamento em serviço dos profissionais que atuam na rede. Inicialmente o PEP era voltado apenas aos médicos que trabalhavam na Estratégia Saúde da Família do município, mas atualmente é voltado para todas as equipes que trabalham na rede. A metodologia utilizada é o Método de Aprendizagem *Problem Based Learning* (PBL). Atualmente o PEP é operacionalizado através das rodas de educação permanente que constitui-se na estratégia utilizada pela gestão municipal em saúde para trabalhar todos os temas de interesse que são levantados pelas equipes das USF (VITÓRIA, 2006).

A proposta é que as equipes façam o diagnóstico local e busquem formas de enfrentamento para as prioridades levantadas. Nessas rodas de educação permanente o tema a ser discutido é definido pelo próprio grupo ou pelo gestor, respeitando a ordem de prioridades. Dentre os temas discutem-se os processos de trabalhos, incluindo relações interpessoais, trabalho de equipe, acolhimento, trabalho prescritivo, casos clínicos, etc.

Baseado nesta proposta de descentralização, perguntamos se os diretores destas Unidades Básicas de Saúde são orientados a fazerem a discussão do pacto com as equipes e a resposta é de que este é um processo que está em construção.

Esse processo de construção que eu te falei, que com essa valorização que é recente [...]

Esta realidade aponta para o entendimento de que a gestão municipal está no caminho da construção de um modelo de gestão mais democrático.

A proposta de educação permanente em saúde possibilitará que cada equipe construa espaços coletivos para resolver os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho. As rodas de educação permanente apresentam-se, portanto, como uma alternativa de democratização da gestão, uma vez que uma gestão participativa só se efetivará com a incorporação dos atores locais ao processo de discussão e decisão das políticas públicas.

Outra categoria analisada refere-se à participação da comunidade neste processo. As respostas dos gestores descritas abaixo, nos remetem a entender que o movimento de articulação com os CMS encontra-se fragilizado.

Eu tenho tido muita dificuldade aqui de mobilizar oficialmente o conselho local. Tem dois meses que eu estou tentando reunir o grupo para eleger o nosso conselho e não tenho conseguido,

A participação do conselho municipal de saúde nesse processo, acho que é... Embora temos um bom conselho municipal, acho que é meio ausente, em questão de trabalhar junto né, lado a lado com as unidades de saúde no que diz em relação ao que a gente está vendo aqui agora, quanto ao pacto né, a questão não é o pacto? Então, então o foco é o pacto, então quanto a isso aí nesse processo de trabalho eu acho o conselho municipal um pouco ausente ou seja, não trabalha lado a lado com as unidades em relação a isso exclusivamente.

[...] eu estou na minha terceira reunião para formar um conselho local de saúde. Na primeira reunião vieram 2 pessoas, a segunda não veio ninguém, ninguém chegou aqui e falou eu vim para a reunião do conselho, e a terceira reunião está programada e a gente vai ver se consegue um representante...

[...] o nosso conselho local de saúde já formado há bastante tempo, e aí a gente tem a representação dos profissionais, dos usuários, então o conselho participa ativamente das discussões aqui no território.

[...] relação específica ao pacto? Não, a gente está iniciando com os profissionais. Nós vamos iniciar com os profissionais, depois a gente vai levar a discussão também com o conselho local de saúde.

[...] em alguns momentos há participação muito singela ainda, acho que precisa melhorar muito para a gente conseguir fazer algo realmente integrado com assistência, com controle social.

O conselho ele participa na hora de fazer a validação disso [...]

Uma das falas explicita o entendimento do gestor de que a comunidade tem outras prioridades que não a participação do fórum da US.

[...] porque as pessoas assim, todo dia que a gente marca uma reunião é uma data prioritária da comunidade, é uma festa, é alguma comemoração, então passa a ser segundo plano para ele participar do conselho, e ele alega que trabalha de graça o tempo inteiro. E eu tenho trabalhado da melhor forma possível, mobilizando as pessoas que estão todos os dias dentro da unidade na questão da valorização do processo de trabalho que não é fácil.

Conforme pudemos observar estes relatos evidenciaram a intenção de articulação com o Conselho Local de Saúde. Porém, perguntado sobre a discussão específica do Pacto, a resposta explicita o não envolvimento do mesmo nesta discussão.

Este resultado revela a necessidade da gestão municipal buscar estratégias para o envolvimento da comunidade nas discussões e encaminhamentos das questões relativas à realidade local, vez que isto está colocado como preceito institucional.

6.3 Os olhares dos conselheiros municipais de saúde

Dos dois representantes do Conselho Municipal de Saúde entrevistados, um respondeu que tem conhecimento sobre o pacto da atenção básica, porém ao aprofundar a discussão acerca dos seus objetivos, percebemos que o mesmo não conseguiu expressar-se sobre ele.

O outro representante disse não conhecer este documento e que nunca houve nas reuniões do conselho uma discussão sobre ele.

Esta informação foi confirmada na pesquisa documental feita nas ATAS do CMS do Município de Vitória, feita pela pesquisadora, pois não foi encontrado nenhum registro referente ao pacto feito durante o ano de 2005 e 2006.

A participação ativa do CMS no acompanhamento das ações de Monitoramento e Avaliação da APS, pode vir a constituir-se numa força coletiva na formulação de estratégias para o enfrentamento dos problemas postos para o setor saúde.

Diante dos resultados desta pesquisa, faz-se necessário ressaltar que a expressão de participação social no SUS, significa a efetiva participação dos sujeitos sociais no controle das ações do governo, garantido através da Constituição Federal. Desta forma, e levando-se em consideração o fato de que o pacto poderia se constituir num instrumento que potencializasse esta participação fica evidenciada a necessidade da democratização das discussões sobre sua aplicabilidade.

Esta democratização deverá vir acompanhada de um processo político pedagógico capaz de qualificar a participação social neste processo com o objetivo de torná-la sujeito na formulação de propostas de mudanças de situações indesejadas no âmbito dos territórios das USF.

Fortalecer a gestão participativa com a ampliação do controle da sociedade sobre o Estado, constitui-se num desafio a ser perseguido.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve o objetivo de entender de que forma o pacto da atenção básica, instrumento normativo colocado pelo MS para o monitoramento e avaliação da APS, tem sido utilizado pela gestão municipal. Para tanto, partimos do pressuposto que o envolvimento dos diversos atores neste processo é fundamental para a instituição da “cultura avaliativa” nos serviços de saúde.

A partir desta perspectiva, os achados deste estudo identificaram que o Pacto tem sido entendido como instrumento de gestão pelos atores envolvidos, porém, mais efetivamente por aqueles atores responsáveis pelo processo de gestão do sistema municipal de saúde, que são: o secretário de saúde, o coordenador municipal das equipes de SF e os coordenadores das USF.

Um dos fatores apontado pelos entrevistados que contribuiu para uma menor aderência destes atores neste processo, é que as discussões sobre o pacto no município ficavam sob a responsabilidade das coordenações municipais dos programas que funcionam no nível central da SEMUS. Somente a partir deste ano é que teve início um movimento de descentralização destas discussões para os diretores das UBS.

Desta forma, percebemos que a utilização do pacto como instrumento de gestão para o monitoramento e avaliação das ações da APS no território das equipes ainda não se efetivou, havendo um ensaio de aproximação com o tema, porém, esta articulação tem sido feita apenas com os gerentes das USF, o que permite afirmar haver ainda um longo caminho a percorrer entre o que está normalizado e a realidade concreta onde estas ações são protagonizadas.

É importante considerar que, neste processo, uma proposta de democratização está em curso, encaminhada pela gestão municipal para envolver os diversos atores na discussão do pacto, cujas estratégias são as rodas de educação permanente.

Um dos objetivos das rodas de educação permanente é que a população participe efetivamente. Dentre os temas já trabalhados, e que se constitui num exemplo desta participação, foi a construção do fluxo de uma USF sob o olhar do usuário.

As rodas de educação permanente constituem-se, num espaço de co-gestão e co-responsabilização, não de forma prescritiva, mas de construção conjunta. É um espaço para que as equipes das UBS possam discutir e conhecer a realidade de cada território.

Além destes aspectos, as rodas de educação permanente constituem-se em espaços privilegiados de capacitação e divulgação de informações referentes às propostas a serem encaminhadas pela gestão municipal.

Segundo Righi (2001, p. 22), o processo de gestão "[...] é um lugar de produção de sujeitos e de lugares". Neste sentido, o método da roda proposto por Campos (2000 apud RIGHI, 2001) que está sendo encaminhado pela gestão no Município de Vitória, constitui-se numa alternativa para potencializar os fluxos necessários para a constituição de relações mais democráticas, possibilitando assim um espaço de co-gestão.

Desta forma, é importante destacar que os gestores entrevistados levantaram as rodas de educação permanente como um espaço viável para a discussão do pacto. Porém, esta proposta está em fase inicial, não tendo se constituído ainda, de fato, num espaço para este fim.

Outra evidência revelada neste estudo, diz respeito à falta de articulação com o Conselho Municipal de Saúde no processo de discussão e acompanhamento do pacto. Este fato nos remete a ressaltar que a participação da sociedade civil é fundamental para a consolidação dos princípios organizativos do SUS, e, portanto, deve ser entendida como condição para a melhoria dos indicadores de saúde e para a constituição das redes de atenção ao usuário do sistema, através da co-gestão e co-responsabilização.

Nesse sentido, em concordância com Franco et al. (2004, p 273), para acontecer a mudança do modelo assistencial "[...] é preciso modificar não apenas os conceitos de fazer saúde, mas a consciência de cada trabalhador, fazendo-o incorporar na concepção que vai mediar seu trabalho, valores libertários, humanitários e de solidariedade."

Estas mudanças perseguidas no modelo de atenção à saúde deverão acontecer nos espaços de formas participativas de gestão, e deverá ainda haver "[...] grandes transformações na esfera da micropolítica, na qual de fato se dá a produção dos serviços de assistência à saúde" (FRANCO et al., 2004, p. 274).

A participação dos Conselhos de Saúde, nos processos de intervenções nestes espaços de micropolítica, facilitará a alteração dos processos de trabalho, o que possibilitará estas mudanças (FRANCO et al., 2004, p. 275).

Estes autores chamam a atenção para o fato de que "[...] as mudanças se darão por processo de trabalho que faça sua aposta na potência instituinte do trabalho vivo, força criativa que se coloca como fundamental para o trabalho em saúde" (FRANCO et al., 2004, p. 275).

Para tanto, os gestores devem apostar para que o trabalho vivo venha compor hegemonicamente o núcleo de produção do cuidado, na relação com o trabalho morto, representado pelas tecnologias duras presentes nos processos de trabalho.

Os Conselhos podem assumir a característica de um dispositivo que age transversalmente nos serviços e no interior da sociedade, na perspectiva de produzir uma radical mudança nos serviços de saúde. Age assim, na acumulação de forças no interior da sociedade, conquistando uma hegemonia do trabalho, em detrimento do capital, nos processos produtivos da saúde (FRANCO et al., 2004, p. 275).

Nesse sentido, faz-se necessário que os gestores identifiquem estratégias que promovam a abertura de canais de participação da comunidade como forma de possibilitar a hegemonia deste trabalho vivo no processo produtivo. Esta hegemonia, segundo Franco et al. (2004, p. 276) "[...] potencializa os profissionais e usuários como sujeitos sociais no âmbito da produção do cuidado". Porém, para que isto

possa ocorrer, os conselhos precisam participar e se envolver nestas discussões, "[...] esta discussão, precisa ganhar as cabeças e os corações dos usuários, criando neles a potência para protagonizarem as mudanças necessárias na forma de produção da saúde" (FRANCO et al., 2004, p. 276).

As capacidades de auto-análise e autogestão¹⁶ são colocadas pelos autores como condição para viabilização desta participação dos conselhos como sujeitos reais no processo de mudanças.

No caso da institucionalização do processo de Monitoramento e Avaliação da APS, o envolvimento dos Conselhos Locais de Saúde poderá ser um canal para a viabilização de acompanhamento do processo de organização de atenção à saúde, e na mudança nos processos de trabalho. Neste sentido, é Franco et al. (2004, p. 277) que aponta para a possibilidade dos Conselhos "[...] poderem ser por excelência, os novos protagonistas da reforma sanitária, pois eles se constituem em atores sociais e políticos importantes para o Sistema Único Brasileiro".

Um outro fator revelado neste estudo, diz respeito a precariedade do vínculo dos trabalhadores da saúde, uma vez que esteve presente no relato dos diferentes atores que a rotatividade de pessoal é um dos aspectos responsáveis pela não apropriação dos conceitos e procedimentos trabalhados na gestão da APS.

Os trabalhadores no setor saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. É urgente a necessidade de se pensar em alternativas viáveis para a condução deste processo de precarização do trabalho neste setor (MALAGUTTI; BIOGOLINI, 2006).

Algumas produções teóricas sobre o tema trabalho em saúde, em particular no setor público, vem apontando para um crescente processo de fragmentação e perda de

¹⁶Por autogestão entende-se: Autogestão, é ao mesmo tempo, o processo e o resultado da organização independente que os coletivos se dão para gerenciar sua vida. As comunidades instituem-se, reorganizam-se e estabelecem de maneiras livres e originais, dando-se os dispositivos necessários para gerenciar suas condições e modos de existência. (BAREMBLITT apud FRANCO et al., 2004)

identidade dos sujeitos, observados muitas vezes na relação dos trabalhadores com os usuários ao longo de sua formação e trajetória profissional (LIMA, 2006).

Segundo Lima (2006, f. 10), esta situação está vinculada ao fato de no SUS “[...] prevalecer a lógica de que o acesso aos serviços oferecidos é para pobres, sustentada por políticas públicas pobres que não rompem com a realidade da exclusão social num país de tantas desigualdades, necessidades e desumanização”.

Lima (2006) associa ainda, o processo de fragilização e perda da identidade à relação que os governos estabelecem com os trabalhadores de saúde no setor público.

[...] ao institucionalizar e permanecer com uma política de pessoal em que, em nome das limitações dadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, em que o governo tem que dar conta dos seus gastos, o que tem, como consequência, perpetuado uma política de favorecimento no setor público dos contratos de trabalho temporários, fortalecendo os vínculos precários, fragilizados de trabalho que reduzem direitos, vínculos, responsabilizações e as condições de seguridade vinculadas ao trabalho formal (LIMA, 2006, f. 10)

Desta forma, através dos resultados deste estudo, pode-se constatar que a precarização do vínculo implica na rotatividade de pessoal, o que vem dificultando o estabelecimento de vínculos dos trabalhadores com as ações propostas e consequentemente com os usuários.

Lima (2006, f. 11) chama a atenção que essas situações de instabilidade “[...] têm sido geradoras de processos de trabalho descomprometidos, insatisfatórios tanto para os trabalhadores quanto para os usuários que demandam cuidados de saúde”.

Isso vem contribuindo também para a perda de culturas institucionais, desmotivação e do sentido de pertencimento por parte dos trabalhadores, o que leva a desumanização da assistência e das relações interpessoais entre os próprios trabalhadores (LIMA, 2006).

No caso do processo de discussão do pacto em particular, verificou-se que a precarização do vínculo constitui-se num entrave importante e que merece destaque. Neste sentido, a superação das formas de gestão dos trabalhadores da saúde, no que diz respeito à inserção dos mesmos nos serviços, nos projetos que têm como meta a melhoria de qualidade da assistência à saúde, deve ser colocada na pauta de prioridades.

Diante dos achados deste estudo, tentaremos esboçar algumas reflexões e sugestões para contribuir com o debate.

Neste processo de estudo, pudemos clarear, entender mais profundamente o tão complexo é a implementação das políticas públicas e a incorporação de algumas práticas, como por exemplo, a avaliação e monitoramento no SUS, e constatar que na condução do pacto, isto não é diferente.

Em concordância com o que afirmam Tanaka e Melo (2004, p. 129)

[...] devemos levar em consideração que a avaliação, compreendida como parte integrante do processo de gestão, tem, dentre os seus objetivos, a busca de maior eficiência e eficácia dos serviços e estes resultados não podem ser obtidos se a avaliação não levar em conta as pessoas que a utilizam. Neste sentido, o Pacto da Atenção Básica ou o instrumento proposto pelo Pacto pela Saúde 2006, devem ser entendidos como instrumentos de caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas de saúde.

Para tanto, há de se criar mecanismos que subtraíam de sua condução o caráter burocrático voltado para o atingimento de metas, e cumprimento de obrigações legislativas entre gestores para possibilitar o envolvimento dos diferentes atores na sua condução.

Faz-se necessário o desencadeamento de uma ação política pelos gestores municipais no sentido de articular as diversas áreas que compõe o sistema municipal de saúde, incluindo as áreas de planejamento, avaliação e auditoria, a gerência dos sistemas de informações e principalmente as equipes responsáveis pelos territórios incluindo aí a população adscrita.

Do ponto de vista da gestão estadual, pudemos compreender que apesar do entendimento dos gestores sobre a importância das oficinas de pactuação, estas não foram capazes de mobilizar os diferentes atores no âmbito da gestão municipal.

Portanto, faz-se necessário que haja um investimento no processo sistemático de assessoria técnica aos municípios de forma a articular o processo de acompanhamento desses instrumentos, através das supervisões feitas pelas diversas áreas técnicas, objetivando um processo pedagógico que possibilite uma maior qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família no desempenho de suas atividades. Para tanto, há de se criar mecanismos de integração dos diversos setores da SESA, de forma a viabilizar a condução deste processo de forma integrada com as CIB's Micro regionais e o fortalecimento das Regionais de Saúde.

Numa das falas dos gestores a condução do pacto aparece como um processo de inteligência conforme podemos observar abaixo.

[...] assim a gente quer passar esse processo da inteligência, que eu acho que o pacto da atenção básica é um processo de inteligência da saúde, [...] porque ele de certa forma ele obriga as pessoas que são gestoras a entender o processo que esta acontecendo, por que alcança e porque não alcança as metas pactuadas [...]

Isso nos leva a pensar na complexidade deste processo. Entender o pacto como um instrumento potencializador para o monitoramento e avaliação da APS, depende de entendimento prévio por parte dos diferentes atores, sobre os conceitos de monitoramento e avaliação, incluindo neste contexto os indicadores propostos para este fim e sua aplicabilidade no cotidiano de trabalho. Esta não é uma tarefa simples. Para entender esse universo é necessário um profundo mergulho nas produções teóricas, e a possibilidade de articulação dos conceitos com a prática.

No meu entendimento, o incentivo a “cultura avaliativa” conforme o que está preconizado pelo MS, exigirá a qualificação da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema. Neste sentido, percebemos que a parceria da SESA com a Universidade Federal do Espírito Santo, através da contratação de um Centro Colaborador para a viabilização de espaços de qualificação técnica no âmbito da

avaliação e monitoramento da APS trará visibilidade positiva a este processo, constituindo-se num passo fundamental para este fim.

Outro aspecto a ser considerado é que o Pacto pela Saúde 2006 na minha percepção, deverá se constituir no elemento condutor neste processo de institucionalização do monitoramento e avaliação que extrapolará o âmbito da APS, para o sistema de saúde como um todo, daí a relevância de se considerarem os achados deste estudo.

Faz-se necessário, portanto, ampliar o debate acerca da necessidade de se criar estratégias necessárias para fomentar a institucionalização do processo de monitoramento e avaliação no SUS como uma prerrogativa para a efetiva qualificação das redes de atenção ao usuário cidadão.

É importante assinalar, como o fizemos no início deste trabalho, que o ciclo da pesquisa é um processo de trabalho que dialeticamente termina num produto provisório e recomeça nas interrogações lançadas pela análise final (MINAYO, 2007).

Neste sentido, temos o sentimento e a esperança de termos contribuído para ampliar subsídios às novas discussões que certamente virão acerca dos caminhos que teremos que percorrer na institucionalização do processo de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde, no caso particular, da atenção primária à saúde, o que nos impõe o desafio de continuar sendo protagonistas desse processo nos espaços coletivos da construção do SUS.

8 REFERÊNCIAS

- 1 ACIOLI, Sonia. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 293-303.
- 2 ARAÚJO, Maristela Dalbello de. **O cotidiano de uma equipe do programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social**. 2005. 221f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.
- 3 ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, F. J. **Título?** In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. .
- 4 BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora 70, 1977.
- 5 BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- 6 BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1999.
- 7 BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 25694, Seção 1, de 31 de dezembro de 1990.
- 8 BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 18055, Seção 1, de 20 de setembro de 1990.
- 9 _____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 10 _____. **Sistema de Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica**: relação de indicadores e metas propostas pelos municípios com 80 mil e mais habitantes para 2006: Município de Vitória, ES. Disponível em:

<<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/anexo IVB.asp>>. Acesso em: 05 de maio de 2006.

- 11 _____. **Manual para organização da Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.
- 12 _____. Portaria nº 456 de 16 de abril de 2003. Estabelece mecanismos, fluxos e prazos para avaliação do Pacto 2001 e aprova relação de indicadores para 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 50. de 17 de abril de 2003.
- 13 _____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde 1997.
- 14 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003.
- 15 ESPÍRITO SANTO. Secretaria da Saúde. Superintendência de Planejamento, Epidemiologia e Informação. **Pacto dos Indicadores da Atenção Básica - 2001**. Vitória, 2002.
- 16 _____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Vitória, 2003.
- 17 FIOCRUZ. **Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**. Disponível em <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br>>. Acesso em: 31 outubro de 2003.
- 18 FRANCO, Tulio B.; FOSCHIERA, Marlene MP.; MUSA, Zéli; LOPES, Geny P. Os Conselhos de Saúde como sujeitos no processo de construção do SUS. In: FRANCO, Tulio B. et al. (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho**. SP: HUCITEC; Chapecó: Prefeitura Municipal de Chapecó, 2004.
- 19 HARTZ, Zulmira Maria Araújo (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- 20 _____. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, 2002.
- 21 INFORME da Atenção Primária. Brasília, ano 4, nov./dez. 2003.
- 22 INSTITUTO DE APOIO A PESQUISA E AO DESENVOLVIMENTO JONES DOS SANTOS NEVES.

- 23 LIMA, Rita de Cássia D. **Significado e subjetivação**: estudantes significam os sentidos da vida na formação dos profissionais de Enfermagem/Saúde. 2006. Trabalho elaborado pela autora ainda não publicado.
- 24 MALAGUTTI, William; BIAGOLINI, Rosangela E. M. Gerenciamento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e a enfermagem. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, Sônia Maria R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2006.
- 25 MEDINA, M. G. **Análise do Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 26 MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica:
27 construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulg. saúde debate**, Londrina, n. 21, p. 15-28, 2000.
- 28 MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- 29 MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- 30 MERHY, E. E. **Em busca da qualidade nos serviços de saúde**: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. São Paulo: HUCITEC, 1994. (Saúde em Debate: 73).
- 31 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Índice de Desenvolvimento Humano**. Brasília: Organização das Nações Unidas, 2005. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home>>. Acesso em: 02 de outubro de 2005.
- 32 PAIM, JS. Vigilância da saúde: os modelos assistenciais para promoção de. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- 33 PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- 34 POPE, Catarine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- 35 O PROJETO de expansão e consolidação da Saúde da Família – PROESF. **Informe da Atenção Básica**, Brasília, ano IV, jul./ago. 2003.

- 36 RIGHI, LB. Município: território de produção de novas formas de gestão e atenção à saúde: considerações sobre a aposta e suas implicações a partir de um processo de formação de gestores. In: RS: o município na construção do SUS. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 24, 2004. p. 9-27.
- 37 SANTOS, Álvaro S. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexão e conceitos importantes. In: SANTOS A. S.; MIRANDA Sonia Maria R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2006. p. 1-40.
- 38 SANTOS, Álvaro S. Reflexo da história das políticas públicas e de saúde e gestão em atenção primária: desdobramentos para a enfermagem. In: SANTOS A. S.; MIRANDA Sonia Maria R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2006. p. 41-80.
- 39 STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.
- 40 TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, Maria L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.121 -137.
- TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.
- 42 VALLA, Victor Vicent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.14, supl.2, p. 7-18, 1998.
- 43 VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em Saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- 44 VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede de saúde oferece atendimento diferenciado**. Disponível em:
<<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/home.htm>>. Acesso em: 02 de maio de 2006.
- 45 _____. **Histórico da implantação do PSF**. Vitória: SEMUS, 2005.
- 46 _____. Relatório da audiência pública. Vitória: SEMUS, 2006.
- 47 _____. **Saúde da família: uma estratégia para o novo milênio**. Vitória: SEMUS, 1999.

- 48 _____. **Projeto de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde – SISS na Região de São Pedro**. Vitória: SEMUS, 2001.
- 49 YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Brookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A
Termo de consentimento informado livre e
esclarecido usuário

Título do Projeto: **O PACTO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA:
INSTRUMENTO DE GESTÃO?**

Investigador: Maria Cirlene Caser

Telefone: 3347.0242 / 9952. 2022

Endereço: Avenida Dante Micheline, 4485, Jardim Camburi, Vitória.

Local da Pesquisa: Municípios de Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra, Colatina, Cachoeiro do Itapemirim e Linhares.

INFORMAÇÃO AO ENTREVISTADO SOBRE O TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Qualquer dúvida solicite ao pesquisador os esclarecimentos necessários.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso você queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. **Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.**

INTRODUÇÃO

O objetivo desta pesquisa é estudar o Pacto de Atenção Básica como instrumento de gestão para o monitoramento e avaliação da APS, nos Municípios de abrangência do PROESF

PROPÓSITO DA PESQUISA

Esta pesquisa tem como propósito conhecer o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica como instrumento de gestão, para o monitoramento e a avaliação da Atenção Primária à Saúde, identificar de que forma ele tem sido utilizado pelos gestores de saúde e ainda contribuir para a construção de instrumentos de gestão que forneça sistematização e contribua para a inserção de práticas de Monitoramento e Avaliação na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

SELEÇÃO

Para participar desta pesquisa o (a) entrevistado (a) deverá ser gestor municipal, Coordenadores de equipes de saúde da família, as equipes de Saúde da Família e Conselheiros Municipais de Saúde pertencente aos seus respectivos municípios.

PROCEDIMENTOS

Os procedimentos metodológicos incluem abordagem qualitativa investigativa através da utilização de entrevistas que serão realizadas através de formulário próprio com perguntas semi-estruturadas, organizadas com conteúdos distintos para os diferentes atores pesquisados. Todas as entrevistas serão gravadas e depois transcritas.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Sua decisão em participar desta pesquisa é voluntária, portanto você não será pago por sua participação nesta pesquisa.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS

A pesquisadora responsável pela pesquisa irá coletar informações sobre você. Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação da pesquisa, membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.

Você tem direito de acesso aos seus dados.

CONTATO COM O PESQUISADOR

Se você tiver alguma dúvida com relação a pesquisa, seus direitos como participante, ou no caso de danos relacionados a pesquisa, você deve contatar o Pesquisador (Maria Cirlene Caser – Tel.: 9952.2022 – 3347-0242 ou o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Centro de Ciências à Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, pelo telefone: 27.3335.7504. O CEP é formado por um grupo de indivíduos com conhecimento científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para o mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO ENTREVISTADO

Após a leitura deste termo e a explicação de todos os itens pelo ENTREVISTADOR OU PESQUISADOR, eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Porém, eu entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

Nome do Entrevistado: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Nome do Profissional do profissional _____

Assinatura: _____

Data: _____

APÊNDICE B
Roteiros das entrevistas

Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Título da Pesquisa: O PACTO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA:
INSTRUMENTO DE GESTÃO?

Para o Gestor Municipal, para as coordenações municipais das equipes de saúde da Família e para as Equipes de saúde da Família

Identificação:

Município:

Data do Nascimento:

Sexo:

Formação:

Função:

Cursos na área de saúde: () Atualização – 40 a 60 horas

() Aperfeiçoamento – acima de 120 horas

() Especialização lato-senso

() Especialização strito-senso

() Outros

1- O que é o Pacto da Atenção Básica?

2- Quais são os objetivos do pacto da Atenção Básica?

3- Na sua opinião o Pacto tem se constituído num instrumento de gestão da APS?

Se não, por que?

Se sim, por que?

4- Na sua opinião de que forma o pacto tem influenciado na organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da família?

- 5- Como se dá a incorporação das equipes na condução do processo de discussão do Pacto
- 6- Quais são as dificuldades que o município tem para atingir as metas pactuadas?
- 7- Quais as estratégias utilizadas para mobilizar os diferentes atores neste processo?
- 8- Como se dá a participação do CMS neste processo?

Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Título da Pesquisa: O PACTO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA: INSTRUMENTO DE GESTÃO?

Para os Conselheiros Municipais de Saúde

Identificação:

Município

Data de Nascimento

Sexo:

Profissão:

Ocupação:

Cargo que ocupa no conselho:

Tempo de atuação no conselho:

Cursos na área de saúde: () Atualização – 40 a 60 horas

() Aperfeiçoamento – acima de 120 horas

() Especialização lato-senso

() Especialização strito-senso

() Outros

- 1- O que é o Pacto da Atenção Básica?

- 2- Quais são os objetivos do Pacto da Atenção Básica?
- 3- Como se dá a participação do CMS no processo de discussão do Pacto?
- 4- O CMS tem utilizado o pacto como instrumento para avaliar os resultados dos níveis de saúde da população e a cobertura dos serviços de saúde do município?

Se sim de que forma?

Se não porque?

APÊNDICE C

Caracterização dos entrevistados

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Entrevistado 1

Data do Nascimento: 05/07/1951

Sexo: Fem.

Formação: Enfermeiro

Função: Enfermeiro

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h
() aperfeiçoamento – acima de 120h
() Especialização lato-senso
() Especialização strito-senso
(x) Outros Curso Básico PSF

Entrevistado 2

Data do Nascimento: 18/05/1968

Sexo: Fem.

Formação: Odontóloga

Função: Odontóloga

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h
() aperfeiçoamento – acima de 120h
(x) Especialização lato-senso
() Especialização strito-senso
() Outros

Entrevistado 3

Data do Nascimento: 05/05/1969

Sexo : Fem

Formação: Medica

Função: Medica

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h
() aperfeiçoamento – acima de 120h
(x) Especialização lato-senso
() Especialização strito-senso
(x) Outros) Outros – Curso introdutório

Entrevistado 4

Data do Nascimento: 06/07/1961

Sexo: Fem.

Formação: Assistente Social

Função: Gestora de saúde

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h
() aperfeiçoamento – acima de 120h
(x) Especialização lato-senso
() Especialização strito-senso
(x) Outros – Curso introdutório

Entrevistado 5

Data do Nascimento: 05/07/1951

Sexo: Fem.

Formação: Enfermeiro

Função: Enfermeiro

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h
() aperfeiçoamento – acima de 120h
(x) Especialização lato-senso
() Especialização strito-senso
(x) Outros Introdutório Básico PSF

Entrevistado 6

Data do Nascimento: 18/05/1968

Sexo: Fem.

Formação: Odontóloga

Função: Odontóloga

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h
() aperfeiçoamento – acima de 120h
(x) Especialização lato-senso
() Especialização strito-senso
() Outros

Entrevistado 7

Data do Nascimento: 05/05/1969

Sexo: Fem

Formação: Medica

Função: Medica

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h
() aperfeiçoamento – acima de 120h
(x) Especialização lato-senso
() Especialização strito-senso
(x) Outros – Introdutório PSF

Entrevistado 8

Data do Nascimento: 06/07/1961

Sexo: Fem.

Formação: Assistente Social

Função: Gestora de saúde

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h
() aperfeiçoamento – acima de 120h
(x) Especialização lato-senso
() Especialização strito-senso
(x) Outros – Curso introdutório PSF

Entrevistado 9

Data do Nascimento 15/12/76

Sexo: Fem.

Formação: Enfermeiro

Função: Enfermeiro

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h

- aperfeiçoamento – acima de 120h
- Especialização lato-senso
- Especialização strito-senso
- Outros Curso introdutório PSF

Entrevistado 10

Data do Nascimento: 03/12/68

Sexo: Fem.

Formação: Odontóloga

Função: Odontóloga

- Curso na área de saúde:
- atualização - 40 a 60 h
 - aperfeiçoamento – acima de 120h
 - Especialização lato-senso
 - Especialização strito-senso
 - Outros Curso introdutório PSF

Entrevistado 11

Data do Nascimento: 09/05/1974

Sexo Masc

Formação: Medico

Função: Medico

- Curso na área de saúde:
- atualização - 40 a 60 h
 - aperfeiçoamento – acima de 120h
 - Especialização lato-senso
 - Especialização strito-senso
 - Outros Curso introdutório PSF

Entrevistado 12

Data do Nascimento: 08/04/71

Sexo: Masc.

Formação: Odontólogo

Função: Gestor de saúde

- Curso na área de saúde:
- atualização - 40 a 60 h
 - aperfeiçoamento – acima de 120h
 - Especialização lato-senso
 - Especialização strito-senso
 - Outros – Curso introdutório

Entrevistado 13

Data do Nascimento: 18/06/1972

Sexo: Fem.

Formação: Enfermeiro

Função: Enfermeiro

- Curso na área de saúde:
- atualização - 40 a 60 h
 - aperfeiçoamento – acima de 120h
 - Especialização lato-senso
 - Especialização strito-senso
 - Outros Curso Básico PSF

Entrevistado 14

Data do Nascimento: 05/05/1954

Sexo: Fem.

Formação: Odontóloga

Função: Odontóloga

Curso na área de saúde: (x) atualização - 40 a 60 h
() aperfeiçoamento – acima de 120h
() Especialização lato-senso
() Especialização strito-senso
(x) Outros

Entrevistado 15

Data do Nascimento: 25/10/1974

Sexo : Fem.

Formação: Medica

Função: Medica

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h
() aperfeiçoamento – acima de 120h
() Especialização lato-senso
() Especialização strito-senso
() Outros Curso introdutório PSF

Entrevistado 16

Data do Nascimento: 30/10/1973

Sexo: Fem.

Formação: Administradora

Função: Gestora de saúde

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h
() aperfeiçoamento – acima de 120h
(x) Especialização lato-senso
() Especialização strito-senso
() Outros – Curso introdutório

Entrevistado 17

Data do Nascimento: 13/07/1964

Sexo: Fem.

Formação: Enfermeiro

Função: Enfermeiro

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h
() aperfeiçoamento – acima de 120h
(x) Especialização lato-senso
() Especialização strito-senso
(x) Outros Curso Básico PSF

Etrevistado 18

Data do Nascimento:

Sexo: Masc.

Formação: Enfermeiro

Função: Enfermeiro

Curso na área de saúde: () atualização - 40 a 60 h

- aperfeiçoamento – acima de 120h
- Especialização lato-senso
- Especialização strito-senso
- Outros Curso Básico PSF

ANEXOS

ANEXO 1

Sistema de Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica: relação de indicadores e metas propostas pelos municípios com 80 mil e mais habitantes para 2006: Município de Vitória, ES

ANEXO 2

Folha de aprovação do Comitê de Ética