coletânea

ObservaRHSP

Estudos e Projetos

Organizadores:
Joana Azevedo da Silva
Paulo Henrique D'Ângelo Seixas
Regina Maria Giffoni Marsiglia

Eixo:
Recursos Humanos na Atenção Básica à Saúde

Volume 2

Atenção Básica à Saúde em São Paulo

Profissionais, Instituições Parceiras,
Usuários, Integralidade,
Formação de Recursos Humanos

Coordenadores:

Regina Maria Giffoni Marsiglia
Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Coletânea

ObservaRHSP

Estudos e Projetos

Organizadores:

Joana Azevedo da Silva

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Regina Maria Giffoni Marsiglia

Eixo:
Recursos Humanos na Atenção Básica à Saúde

Volume 2

Atenção Básica à Saúde em São Paulo

Profissionais, Instituições Parceiras, Usuários,
Integralidade, Formação de Recursos Humanos

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Coordenadores:

Regina Maria Giffoni Marsiglia

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

CENTRO DE ESTUDOS CEALAG AUGUSTO LEOPOLDO AYROSA GALVÃO

Autores:

Arnaldo Sala, Áurea Maria Zollner Ianni • Carla Gianna Luppi • Cássio Silveira • Elaine Tambellini Fracaço • Joana Azevedo da Silva • Oziris Simões • Paulo Henrique D'Ângelo Seixas • Regina Maria Giffoni Marsiglia

FGV GVsaúde
Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP

© Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2012.

ObservaRHSP

Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo

Instituições e Equipe Técnica:

Coordenação Geral: *Paulo Henrique D'Ângelo Seixas*

Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG
Coordenação: *Regina Maria Giffoni Marsiglia*

Fundação Getúlio Vargas – FGV/Saúde
Coordenação: *Ana Maria Malik*

Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo
Coordenação: *Paulo Henrique D'Ângelo Seixas*

www.observarhsp.org.br

Coletânea

ObservaRHSP:

Estudos e Projetos

Eixo: Recursos Humanos na Atenção Básica à Saúde – Volume 2
Atenção Básica à Saúde em São Paulo

Arnaldo Sala, Áurea Maria Zollner Ianni, Carla Gianna Luppi, Cássio Silveira, Elaine Fracasso Tambellini, Joana Azevedo da Silva, Oziris Simões, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas e Regina Maria Giffoni Marsiglia.

São Paulo: CEALAG; 2012.

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Ministério da Saúde.
OPAS/OMS.

Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG
Rua Cesário Mota Jr., 61 – 5º andar – 01221-010 – São Paulo – SP
www.cealag.com.br

Gestão Operacional: *Jucélia Cristina Barbosa* e *Denise Andrade*

Edição e publicação:

MEMNON EDIÇÕES CIENTÍFICAS

Supervisão editorial: *Silvana Santos* Revisão: *Silvia Cristina Rosas*

Projeto gráfico e editoração: *Catarina Ricci* Criação de capa: *Sérgio Braganti*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, São Paulo, Brasil)

Atenção básica à saúde em São Paulo : profissionais, instituições parceiras, usuários, integralidade, formação de recursos humanos / organizadores Joana Azevedo da Silva, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas, Regina Maria Giffoni Marsiglia. -- São Paulo : Memnon : Centro de Estudos CEALAG, 2012. -- (ObservaRHSP : estudo e projetos ; v. 2)

Vários autores.

1. Recursos humanos em saúde 2. Atenção básica à saúde - Brasil 3. Municípios - Governo e administração - São Paulo (Estado) 4. Política médica - São Paulo (Estado) 5. Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família I. Seixas, Paulo Henrique D'Ângelo. II. Marsiglia, Regina Maria Giffoni.

12-07421 CDD-353.6098161

Índices para catálogo sistemático:

1. São Paulo : Estado : Atenção básica de saúde : Municípios paulistas : Administração pública 353.6098161

Sumário

Apresentação da Coletânea ObservaRHSP: Estudos e Projetos vii

Apresentação do Volume 2:
Atenção Básica à Saúde em São Paulo: Profissionais, Instituições Parceiras, Usuários, Integralidade, Formação de Recursos Humanos xv

PARTE I
OS TRABALHADORES DOS MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO 19

Apresentação 20
Introdução 20

CAPÍTULO 1
Perfil, rotatividade e satisfação de trabalhadores dos modelos de Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo
Regina Giffoni Marsiglia 23
Resumo 23
Abstract 24
1. Os trabalhadores e os modelos de Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo 25
1.1 O contexto 25
1.2 As fontes de dados 27
2. Os trabalhadores da Atenção Básica à Saúde das regiões Norte e Central da cidade 29
2.1 Distribuição dos trabalhadores, por Supervisão Técnica, modelos de organização e Unidades Básicas de Saúde 30
2.2 Trabalhadores das UBS estudadas, segundo variáveis selecionadas 34
2.3 Os trabalhadores das Unidades de Saúde entrevistados pelo Sistema ETAC 39
3. A rotatividade dos trabalhadores da Atenção Básica 53
4. Satisfação, insatisfação e sugestões para o trabalho nas Unidades de Atenção Básica 69
5. Sugestões para a Atenção Básica e Educação Permanente em Atenção Básica 72
6. A Atenção Básica na cidade de São Paulo: concepções e opiniões dos responsáveis pela Atenção Básica e por Recursos Humanos da SMS/SP e das Instituições Parceiras da SMS / SP 75
6.1 Os coordenadores de RH e o desenvolvimento do PSF em São Paulo 75
6.2 Instituições Parceiras 80
Considerações finais 83
Referências 89

CAPÍTULO 2
Os Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo
Joana Azevedo da Silva 90
Resumo 90
Abstract 91
1. Introdução 92
1.1 A pesquisa: As indagações 92
1.2 A metodologia 93
1.3 O desenvolvimento da pesquisa 94
2. O Agente Comunitário de Saúde da cidade de São Paulo: Construindo uma identidade profissional 95
2.1 O Agente Comunitário de Saúde da cidade de São Paulo 95
2.2 O Agente Comunitário de Saúde e o trabalho no PSF 98
2.3 O Agente Comunitário de Saúde e a equipe de Saúde da Família 108
3. O Agente Comunitário de Saúde na opinião dos demais sujeitos do PSF 114
4. O Agente Comunitário de Saúde: Uma identidade em construção 123
Considerações finais 127
Referências 135

CAPÍTULO 3
A equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo
Áurea Maria Zöllner Ianni 136
Resumo 136
Abstract 136
1. Introdução 137
1.1 Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no município de São Paulo 138
1.2 Situação da Saúde Bucal na Atenção Básica no município de São Paulo 139
1.3 Metodologia e procedimentos de pesquisa 142
2. O modelo assistencial tradicional de Saúde Bucal 143
3. O modelo assistencial da Saúde da Família na Saúde Bucal 153
Considerações finais 176
Referências 179

PARTE II
A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA 181

CAPÍTULO 4
Modelos de Atenção Básica à Saúde em São Paulo e a Integralidade: Gerentes, profissionais, usuários
Arnaldo Sala, Carla Gianni Luppi, Oziris Simões, Regina Maria Giffoni Marsiglia 182

Resumo 182
Abstract 183
Apresentação 184
1. Introdução 185
1.1 Atenção primária à saúde: Referências históricas 185
1.2 Integralidade: Modelos organizacionais na Atenção Básica 190
1.3 Avaliação: Aspectos conceituais e operacionais 195
2. O estudo 199
3. Os sujeitos da Atenção Primária à Saúde e a Integralidade: Gerentes, profissionais, usuários 204
4. Os sujeitos da Atenção Primária à Saúde e a Integralidade 215
Considerações finais 273
Referências 274

PARTE III
PARCEIRAS PARA A ATENÇÃO BÁSICA E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS 277

CAPÍTULO 5
A institucionalização das parcerias em Atenção Básica no setor público de saúde do Município de São Paulo
Elaine Fracasso Tambellin, Cássio Silveira 278
Resumo 278
Abstract 279
Lista de siglas 280
Apresentação 281
1. Introdução 281
2. A Atenção Básica à Saúde no município de São Paulo 286
3. Plano de pesquisa 290
3.1 Objetivos 291
3.2 Métodos e técnicas de pesquisa 291
4. Resultados 292
4.1 O poder público municipal e a organização da Atenção Básica 292
4.2 As organizações da sociedade civil na Atenção Básica (PSF) 298
4.3 O PSF e as Organizações Parceiras 309
Considerações finais 323
Referências 325

CAPÍTULO 6
A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM SÃO PAULO: RESGATE HISTÓRICO
Joana Azevedo da Silva, Paulo Henrique d'Ângelo Seixas 327

Resumo 327
Abstract 328
Apresentação 328
1. Introdução 329
2. Início da preparação de RH para a Atenção Básica em São Paulo 332
3. Os programas e subprogramas: A organização da Atenção Básica – Os sujeitos 333
4. Os Centros de Saúde-Escola 336
5. A Atenção Básica à Saúde em zona rural: O Vale do Ribeira, SP 336
6. Projeto para "municípios carentes" 337
7. A formação de pessoal de nível técnico no estado de São Paulo 338
8. Programa Metropolitano de Saúde – PMS 340
9. Consultório Médico de Família 341
10. O Programa de Saúde da Família em São Paulo: Projeto Qualis / PSF 342
11. Estruturação de um sistema de educação permanente 344
12. Outras iniciativas de capacitação para Atenção Básica à Saúde 346
Considerações finais 347
Referências 348

Apresentação da Coletânea

ObservaRHSP: Estudos e Projetos

Joana Azevedo da Silva
Paulo Henrique D'Ângelo Seixas
Regina Maria Giaffoni Marsiglia

A ESTAÇÃO ObservaRHSP: O INÍCIO

A estruturação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo – ObservaRHSP acontece num momento de grande movimentação em termos mundiais de revisão das políticas de desregulamentação do trabalho desenvolvidas ao longo dos anos 1980 e 1990.

Esse movimento de revisão e de busca de evidências que permitissem, por um lado, entender melhor o impacto dessas políticas em particular no setor saúde e, por outro, identificar tendências e analisar alternativas em andamento vai se traduzir na orientação da OPAS e, posteriormente, da OMS no sentido do estabelecimento das Redes Observatórios de Recursos Humanos em Saúde. A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde atualmente congrega 28 países da Região das Américas.

No Brasil, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ObservaRH é uma iniciativa patrocinada pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS. Está constituída desde 1999, sob a coordenação nacional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS). Seu propósito é produzir estudos e pesquisas bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no País, com vistas a contribuir para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de Recursos Humanos (Portaria 01, de 11 de março de 2004).

Ao longo dos anos 2000, em termos internacionais, esse processo de revisão vai se evidenciar na *Carta de Toronto* para a região das Américas e, logo depois, com a OMS dedicando o ano de 2006 e a década iniciada neste ano aos trabalhadores da saúde. O *Relatório Mundial da Saúde de 2006: Trabalhando juntos para a saúde* expressa preocupação com o impacto das migrações de profissionais de saúde dos países em desenvolvimento para os países desenvolvidos, com os déficits de profissionais de saúde daí decorrentes e seu impacto nas condições de saúde das populações, e propõe a construção de um plano decenal, orientando que os países busquem formas de

planejamento, qualificação e empregabilidade e fixação de médicos, enfermeiros e auxiliares.

No Brasil, os processos de ajuste fiscal, reforma do estado e desregulamentação do trabalho, em especial no setor da saúde, apresentam características particulares, pois, ao contrário das recomendações vigentes à época, a sociedade brasileira, na Constituição de 1988, define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, a ser garantindo mediante políticas públicas. Estabelece um sistema público de saúde, que deve seguir os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, obedecendo às diretrizes operacionais da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; da organização de uma rede de serviços hierarquizada e regionalizada; e da participação comunitária na gestão do Sistema.

Apesar da crise econômica dos anos 1980 e 1990, bem como das políticas de ajuste estruturais desenvolvidas, o Sistema Único de Saúde apresenta notável expansão, com significativo incremento de serviços e incorporação de profissionais de saúde, principalmente em âmbito municipal. Entretanto, essa expansão associada a políticas de desregulamentação e reforma do aparelho de Estado, a uma legislação trabalhista bastante rígida frente ao trabalho formal, a constrangimentos para a contratação de profissionais na administração direta devido a limites e normas rigorosas para o gasto com pessoal, vão gerar uma situação contínua de tensão e de busca de alternativas para a incorporação do trabalho que, por vezes, resvalam para a precarização e para a ilegalidade.

A criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação no Ministério da Saúde, em 2003, explicita a preocupação com a questão de recursos humanos para o SUS. Como Secretaria, a SGTES constitui o primeiro escalão do Ministério, passando a coordenar toda a Política de Educação Permanente para o SUS, assumindo em conjunto com o Ministério da Educação a responsabilidade constitucional de ordenar a política de recursos humanos para o SUS. No campo da Gestão do Trabalho, estabelecem-se políticas voltadas a enfrentar as situações de precarização do trabalho vigentes e definir diretrizes para um Plano de Cargos, Carreira e Salários para o SUS; constitui-se uma Mesa Nacional de Negociação, incentivando a organização desses espaços de negociação entre trabalhadores e gestores em estados e municípios; e estrutura-se uma política para o fortalecimento a capacidade de gestão de recursos humanos em estados e municípios – PROGE-SUS.

Nesse cenário, a Rede Observatório de Recursos Humanos passa a ter sua atuação e ampliação estimuladas, sendo lançada a convocação para constituição de novas estações, com exigências relativas à produção científica dos grupos envolvidos, bem como à vinculação institucional e à articulação com a gestão do SUS.

O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) também realizam estudos próprios relativos às suas estruturas gerenciais de recursos humanos e mecanismos de gestão do trabalho vigentes e passam recomendar a estruturação de planos de carreira, reorganização e fortalecimento institucional das áreas responsáveis pela gestão de recursos humanos, integrando as ações de desenvolvimento e gestão do trabalho, bem como melhor aproveitamento dos estudos realizados pela Rede Observatório de Recursos Humanos.

O OBSERVATÓRIO EM SÃO PAULO – ObservaRHSP

As histórias das instituições e das pessoas envolvidas nesses processos são ricas e diferenciadas; não seria possível, nessa breve apresentação, recuperá-las integralmente. Entretanto, vale referir alguns encontros que tornaram possível a constituição do ObservaRHSP.

Um primeiro encontro nessa direção acontece em uma pesquisa anterior, financiada pela Fapesp e realizada em 1999. Coordenada pelo Prof. Adib Jatene, com a Coordenação Executiva de Joana Azevedo da Silva, esse estudo multicêntrico visava à avaliação da implantação do Projeto Qualis/PSF no município de São Paulo, em três diferentes e complementares abordagens: Avaliação da Implantação do Projeto Qualis, Caracterização da População Coberta pelo Qualis e Estudo de Morbidade Referida e de Utilização de Serviços de Saúde e Avaliação de Resultados do Projeto Qualis. Estiveram envolvidos no desen-

volvimento da pesquisa o Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, representado pelos professores H. Maria Dutilh Novaes e Moisés Goldbaum; o Departamento de Epidemiologia da FSPUSP, representado pelo Prof. Chester Luiz Galvão Cesar; a Fundação Getúlio Vargas, com a Profª Ana Maria Malik, coordenadora do Centro de Estudos GV-Saúde; e o grupo de pesquisa do Centro de Estudos Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG, com larga experiência em estudos no campo da atenção básica, coordenado pela Profª Regina Marsiglia.

Pouco depois, em 2004, esse mesmo grupo do CEALAG se reuniria na realização de outro estudo financiado pela SMS / Unesco, sob a coordenação da Profª Regina Marsiglia, tendo Joana Azevedo da Silva na Coordenação da Atenção Básica da SMA do município de São Paulo, visando a analisar os fatores motivacionais dos profissionais de saúde envolvidos no PSF municipal.

No estado de São Paulo, a gestão que se inicia em 2003, diante da perspectiva de continuidade na expansão do acesso com qualidade na assistência à saúde de sua população, também identifica a necessidade de contar com uma Coordenadoria de Recursos Humanos que fosse capaz tanto de garantir a adequada disponibilidade e adequação de pessoal para os serviços próprios da SES, articulando as ações de desenvolvimento internas da Secretaria, quanto de elaborar e coordenar as políticas de recursos humanos para o SUS/SP. Isso significava conduzir a política de Educação Permanente para o SUS no Estado, bem como assumir toda a negociação sindical com a articulação junto aos municípios para políticas conjuntas de gestão do trabalho.

Assim, a CRH passaria a coordenar o Programa de Humanização, a Residência Médica, a Política de Educação Permanente, incluindo a qualificação de pessoal para a Atenção Básica. A SES passa a apoiar, também, a constituição de uma Estação da Rede Observatório de Recursos Humanos em São Paulo, como instrumento de fortalecimento da capacidade de planejamento e gestão para as ações da política de recursos humanos para o SUS no estado.

Assim, inicia-se um trabalho de articulação, buscando organizar um grupo de investigação que, associado a outros parceiros, viesse a alcançar dois objetivos básicos:

1. Fomentar, a partir do estabelecimento de parcerias, a consolidação de grupos de investigação que já trabalhassem com a temática de recursos humanos no Estado, visando constituir uma sub-rede da rede observatório de recursos humanos em São Paulo, que pudesse contribuir com seus estudos para a identificação e a descrição de problemas, identificação de tendências e de boas práticas locorregionais, nacionais e internacionais, contribuindo para a orientação de políticas de recursos humanos e para a introdução de inovação na gestão de pessoas no estado.

2. Desenvolver inteligência interna à SES na investigação de recursos humanos, fortalecendo sua capacidade de agir como agente regulador, tanto no campo da formação / qualificação de pessoal quanto na gestão do trabalho de seu pessoal próprio e na elaboração de políticas conjuntas aos municípios do estado.

Para a estruturação do Observatório foram considerados alguns critérios: não se tratava da constituição de um grupo de pesquisa novo, homogeneamente estabelecido e instalado dentro dos muros protegidos da universidade. Tampouco se pretendia uma estação oficial organizada exclusivamente dentro da SES, na medida em que o olhar crítico, externo, seria fundamental para orientar e refletir sobre as políticas e tendências em curso. O que se desejava era organizar uma estação que pudesse estar mais próxima às políticas públicas, pelo menos em termos de identificação das questões da gestão, estimulando a articulação de diferentes grupos em torno do tema e contribuindo para o desenvolvimento da capacidade interna na Secretaria.

Assim, por um lado, era necessário contar com parceiros que, ao mesmo tempo em que apresentassem experiência com a gestão pública de saúde, também possuíssem expertise e produção na área de recursos humanos em saúde. Por outro lado, se a intenção era constituir parcerias, trocas e intercâmbio

de conhecimento, seria desejável que eles atuassem em áreas complementares. Nesse sentido, deveriam ser grupos que, respeitando plenamente a autonomia entre si, apresentassem identidade de trabalho e, de preferência, experiência de trabalho conjunto. Finalmente, esse arranjo deveria ser constituído de forma a permitir agilidade na captação e gestão de recursos para o desenvolvimento das pesquisas.

Após diversas tratativas, em função das experiências anteriores de trabalho, o CEALAG e o GV-SAÚDE identificam a possibilidade de vir a compor essa Estação, em parceria com a SES. Articulam-se, assim, dois grupos de investigação e consultoria com portfólios bastante expressivos em termos de produção científica e de experiência com a gestão pública, mas também com características complementares.

O Centro de Estudos Leopoldo Ayrosa Galvão, ligado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, apresenta larga experiência na gestão de sistemas e serviços públicos de saúde, com foco importante de investigações realizadas no campo da Atenção Básica de Saúde, Programa de Saúde da Família e expectativas profissionais; formação médica; desenvolvimento de estudos epidemiológicos em larga escala e uma grande aproximação com a rede de serviços de hospitais filantrópicos ligados ao SUS – Santas Casas.

O GV-Saúde, ligado à Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo – FGV-EAESP, apresenta grande experiência em estudos, análises e consultorias no campo da gestão pública de sistema e serviços de saúde, como também de serviços privados, larga tradição na gestão hospitalar, gestão de qualidade e gestão de recursos humanos, auditoria de serviços de saúde, administração física e financeira e boa articulação com serviços e instituições do sistema de saúde suplementar.

A SES por sua vez apresenta um campo de demandas de investigação, relacionadas à gestão de 65. 000 funcionários, na administração direta, com diferentes tipos de vínculo e padrões de remuneração e cerca de 20.000 profissionais contratados pelas Organizações Sociais. Associa-se a isso a complexidade de funções de uma Secretaria que, além da gestão e regulação do SUS estadual, conta com cerca de 45. 000 funcionários na assistência direta, realiza vigilância à saúde, compra e distribui medicamentos, realiza pesquisas, contrata serviços de saúde e, ainda, é o principal agente financiador de bolsas de Residência Médica do país. Ao mesmo tempo, tem o desafio de buscar respostas para gestão da educação permanente no Estado bem como de contribuir para o desenvolvimento de estratégias de atração e fixação de profissionais em 645 municípios.

Em 2003, o Ministério da Saúde abre, pela primeira vez, uma convocação para o reconhecimento de novas estações da Rede Observatório de Recursos Humanos no Brasil. A estação ObservaRHSP foi reconhecida pela Portaria Ministerial SGTES/MS, de 11 de março de 2004.

O financiamento dos estudos realiza-se exclusivamente por meio de Cartas-Acordo com a OPAS / MS. Os objetos de investigação são decididos em negociações entre os parceiros do Observatório, MS e OPAS, com o intuito de identificar temas de interesse comum que tenham relevância para a política nacional de gestão do trabalho e educação para o SUS, considerando-se, evidentemente, os aspectos e as dinâmicas locorregionais no estado de São Paulo.

A coordenação geral do Observatório cabe a Paulo Seixas, da SES, em função de sua trajetória como gestor e pesquisador na área de recursos humanos e de seu trânsito entre as instituições envolvidas, mantendo-se uma Coordenação do GV-SAUDE (Profª Ana Maria Malik) e uma do CEALAG (Profª Regina Marsiglia). Já a sede do Observatório se estabelece no CEALAG, como forma de manter a autonomia entre as instituições e a possibilidade de gerenciamento mais ágil dos projetos de pesquisa.

Esta organização flexível do Observatório permite também o estabelecimento de parcerias com outros grupos de investigação ou demandantes de estudos específicos, a saber: Fundação para o Desenvolvimento Administrativo do Estado de São Paulo – Fundap; Conselho Federal de Medicina; Conselho Regional de Medicina; Departamento de Medicina Social da Unicamp; Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp; Departamento de Medicina

Preventiva da FMUSP; Peabiru Consultoria Educacional; Observatório de Recursos Humanos em Saúde/NESP/UnB, entre outros grupos, bem como ações de cooperação técnica com o Observatório de Recursos Humanos em Saúde NESCON/UFMG; com a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e com o Observatório de Recursos Humanos de Saúde de Minas Gerais; com o Ministério da Saúde do México; com o Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Região Andina; com o Observatório de Recursos Humanos do Instituto de Medicina Social da UERJ; com *o Institut d´Éstudis de la Salud*, da Catalunha; com a *Universidad de Las Palmas Gran Canaria*. Nesse período, o ObservaRHSP tem a oportunidade de conviver e desenvolver pesquisas com mais de 50 pesquisadores de diferentes áreas.

Na SES se estrutura um pequeno núcleo a fim de compor formalmente a parceria com as demais instituições, denominado de Observatório de Recursos Humanos. Esse núcleo dedica-se a promover as análises do pessoal próprio da SES bem como a apoiar operacionalmente outros estudos que viessem a ser desenvolvidos pelo conjunto da Estação. Posteriormente, passa a ser também o setor responsável pelo gerenciamento das bolsas de Residência Médica financiadas pela Secretaria. São convidadas a participar desse núcleo e da Estação ObservaRHSP algumas jovens profissionais: Aniara Corrêa, Lucia Chibante, Cristiane Marchiori, Jucélia Barbosa, Adriana Carro e Vanessa Chaer, que dão sustentação junto com o Coordenador do Observatório a esse projeto. Participam também da sua organização profissionais mais experientes, como Irene Abramovitch e Arnaldo Sala.

Parte daquele grupo se aprofunda no estudo e na incorporação de novas tecnologias na gestão de pessoas – remuneração variável, gestão por competências, gestão matricial, que possibilitam, com o apoio de estudos do Observatório, o desenvolvimento por parte da CRH de projetos que redundam na definição de competência dos Articuladores da Atenção Básica, na definição e na certificação de competência dos dirigentes de Hospitais regionais de Saúde na SES, na elaboração de um bônus aos profissionais envolvidos em hospitais da administração direta com contrato de gestão, e no desenvolvimento de um sistema remuneratório diferenciado para profissionais que atuam no PSF do Pontal do Paranapanema.

EIXOS DE INVESTIGAÇÃO

Três grandes eixos são definidos como campo de investigação, em função das características dos grupos de pesquisa e das demandas identificadas.

1. Formação e Mercado de Trabalho em Saúde

Este eixo de investigação pretende conhecer e analisar a dinâmica estabelecida entre a formação de profissionais na área da saúde e o mercado de trabalho.

Considerando a magnitude e a importância da Residência Médica no Estado de São Paulo no contexto da formação médica, pretende-se aprofundar conhecimentos acerca da formação profissional e da inserção dos diferentes médicos especialistas no mercado de trabalho. Nessa perspectiva, e tendo como contraponto as necessidades do SUS em incorporar em seus quadros esses diferentes especialistas, emergem questões relacionadas à caracterização do efetivo aproveitamento da formação especializada na atuação cotidiana do profissional, e à caracterização dos fluxos migratórios desses profissionais em âmbito nacional e no próprio estado de São Paulo.

A perspectiva desse conjunto de estudos é a da problematização da regulação da formação de médicos especialistas e de sua fixação nas diversas regiões do estado e do país, necessária para a adequada gestão estadual da formação de médicos especialistas.

2. Gestão Recursos Humanos no Sistema Único de Saúde

Este eixo de investigação direciona-se à identificação dos mecanismos e das estratégias de gestão do trabalho desenvolvida no SUS/SP, incluindo aí os principais elementos motivadores dessas políticas.

Considera-se tanto o cenário presente na Secretaria de Estado da Saúde quanto o das Secretarias Municipais de Saúde.

A SES/SP, com o processo de municipalização ocorrido nos últimos 15 anos, passa por modificações importantes no seu quadro de recursos humanos, redirecionando-os para as atribuições de gestão estadual e regional do SUS, além de manter extensa rede de hospitais gerais e especializados sob a gestão direta da SES/SP. Ainda, efetiva a municipalização de seu quadro de pessoal lotado nas unidades de saúde municipalizadas, em sua maior parte relacionada à Atenção Básica.

No âmbito dos municípios se destacam as questões relacionadas aos gastos em saúde, particularizando as despesas com pessoal, tendo em vista os processo de terceirização e precarização das relações de trabalho, bem como as implicações das modalidades de contratação de pessoal com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

3. Recursos Humanos em Atenção Básica à Saúde e o Programa de Saúde da Família

Esse eixo poderia compor o eixo específico de Gestão de Recursos Humanos no SUS. Entretanto, dada a dimensão e os desafios que a gestão do Trabalho e da Educação apresenta no campo da atenção básica para o Sistema como um todo, bem como da expertise agregada por vários dos pesquisadores associados nesta área, opta-se por destacá-lo como um eixo específico, a fim de ser mais aprofundado e desenvolvido.

Aqui, destacam-se as análises relativas à evolução do perfil dos profissionais envolvidos na atenção básica e, em particular, no PSF ao longo dos anos, tanto enquanto categorias profissionais específicas quanto no trabalho em equipe, os processos de trabalho desenvolvidos na busca da integralidade da atenção, aspectos motivacionais e representações sociais desses profissionais sobre os diferentes modelos de atenção existentes, assim como arranjos institucionais e parcerias envolvidas na sua implantação.

PROJETOS DESENVOLVIDOS

Diversas das investigações realizadas contribuem para o estabelecimento de políticas públicas de recursos humanos no âmbito da Secretaria e em termos nacionais.

Os estudos sobre Formação e Mercado de Trabalho com foco na Residência Médica permitem uma primeira definição sobre necessidades de médicos especialistas no Estado, considerando diferentes aspectos nas demandas de organização do sistema e de características epidemiológicas da população, estabelecendo um elenco de dez especialidades que passariam a ser priorizadas. Esses estudos permitem também avaliar a resposta dessa indução em termos de ocupação de vagas, comparando as diferentes especialidades entre si. Esse movimento tem orientado a expansão e a distribuição de bolsas de Residência Médica no Estado. Tal experiência contribui para a identificação das prioridades definidas pelo Ministério da Saúde quando da implantação do Pró-Residência 1 e 2.

Os estudos daí decorrentes relacionados à migração médica, ao identificar o poder de fixação da RM, contribuem para fortalecer as políticas de expansão em estados com dificuldade de atração e retenção de pessoal. Mais recentemente, pesquisas sobre expectativas profissionais e inserção no mercado de trabalho ajudam a definir estratégias mais adequadas para atração e fixação de médicos, em serviços públicos de saúde.

As análises sobre impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal no processo de terceirização de serviços também possibilitam iniciar uma discussão menos ideológica e mais realista sobre as escolhas e a estratégica de contratação de profissionais desenvolvidas pelos municípios.

O conjunto dos estudos sobre atenção básica realizados, permitindo observar a evolução no perfil, aspectos motivacionais e formas de contratação dos profissionais envolvidos, bem como a caracterização das parcerias realizadas para a condução do PSF no município orienta, por sua vez, a elaboração de propostas e projetos alternativos para a Gestão do Traba-

lho na Atenção Básica à Saúde. Um exemplo é o que se implanta no final de 2010, articulando SES, três municípios da região do Pontal do Paranapanema, a Associação São Francisco na Providência de Deus e a Unoeste. Aqui, desenvolve-se um modelo de remuneração variável, baseado em metas negociadas junto às equipes, associado a um compromisso contratual de garantia de desenvolvimento dos profissionais envolvidos, o que possibilita, pela primeira vez, o funcionamento completo de todas as equipes envolvidas no PSF local.

Ainda no campo da formação e do mercado de trabalho em saúde, amplo estudo prospectivo sobre o mercado de trabalho de profissionais de nível médio no estado de São Paulo permite identificar diferentes áreas de carência, áreas com tendências de incorporação de profissionais dessa categoria e novas ocupações com potencial de desenvolvimento, servindo como sugestão para a reorientação do programa Tec-Saúde do governo do estado de São Paulo, para qualificação de profissionais de nível médio na saúde.

Os estudos sobre a força de trabalho da SES também vêm orientando decisões importantes relativas à identificação de setores com maior necessidade de reposição de pessoal, particularmente frente à perspectiva de aposentadoria; têm orientado discussões relativas à instituição de gratificações especiais relacionadas a áreas com maior dificuldade de acesso, tanto para a área técnica quanto para a área de gestão, a partir de análises sobre a rotatividade de cargos e sobre a qualificação profissional dos servidores, bem como projetos para saúde do trabalhador relacionados a estudos sobre as causas de absenteísmo.

A PUBLICAÇÃO:

COLETÂNEA ObservaRHSP:

ESTUDOS E PROJETOS

Conforme se viu, a estação ObservaRHSP vem apresentando resultados bastante satisfatórios, quando se considera seu papel de subsidiar a implantação de políticas públicas no campo da gestão do Trabalho e da Educação, tanto no âmbito locorregional quanto no estadual e no nacional.

A decisão de constituir uma série de publicações nessa área vem na direção de permitir o compartilhamento de forma mais ampla e, ao mesmo tempo, mais direcionada de possíveis interessados nesses estudos. Essa, talvez, tenha sido a maior dificuldade da estação ObservaRHSP: produzir artigos acadêmicos para divulgação em meio científico ou, ainda, elaborar resumos executivos de leitura mais fácil, porém suficientemente completos para serem discutidos entre outros gestores ou grupos de pesquisadores.

Uma grande parte desses estudos e das análises produzidas serviu de fato para orientar decisões. Entretanto, grande parte desse trabalho, desse conhecimento, não é, nem foi, suficientemente conhecido, analisado e utilizado. Muitas vezes, uma vez gerada a informação, novas demandas e estudos se apresentaram, em função da característica específica desta estação, ao estar tão próxima da gestão. Pode ser que tais estudos ajudem outros grupos a tomarem suas próprias decisões, ou que estimulem a análise mais ampla e aprofundada desse conjunto de dados e lhes possibilitem avançar em suas reflexões.

Os estudos serão apresentados quase que em seu estado original de relatórios, mantidos, inclusive, os estilos próprios de cada um dos autores. Não apresentam a estrutura de artigos acadêmicos, porém mantêm o rigor científico necessário à condução dos projetos. O tempo e o trabalho que demandariam sua revisão mais ampla, entre outros fatores, nos estimularam e editá-los nesta apresentação, em detrimento de seu aprimoramento formal. Assim, eles poderão ser conhecidos na totalidade das informações geradas, sem perder a sua temporalidade, dado que, na sua maioria, foram construídos a+ partir de necessidades de informações que pudessem contribuir para a orientação e para a implantação de políticas em curso.

Considerando a quantidade e o volume dos estudos realizados, optou-se pela organização da *Coletânea ObservaRHSP: Estudos e projetos*, cujos volumes abordassem os três grandes temas desenvolvidos – Atenção Básica e PSF, Formação e Mercado de Trabalho em Saúde, e Gestão de Recursos Humanos no SUS, estudos esses financiados pelo MS/OPAS por meio de diversas Cartas-Acordo. Foram incluídos

nessa Coletânea dois estudos desenvolvidos por pesquisadores ligados ao Observatório, com financiamento realizado por agências de fomento nacional e estadual – CNPq / Fapesp: a pesquisa *Atenção Básica e a Integralidade em Saúde*, desenvolvida pelo grupo do CEALAG, e a pesquisa *O Perfil dos Médicos em Atividade em OSS e hospitais próprios da SES*, desenvolvida pelo grupo GV-SAÚDE, bem como o relatório final do *I Seminário Internacional de Gestão de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo*, realizado em 2008, dada a relevância das contribuições trazidas pelos participantes.

Esclareça-se, também, que a presente coletânea se refere ao conjunto de projetos desenvolvidos e contratados pela Estação, desde sua primeira Carta-Acordo com a OPAS para o biênio 2005/2006 até dezembro de 2010.

A primeira publicação da Coletânea *ObservaRHSP: Estudos e projetos* enfoca *Os Sujeitos da Atenção Básica à Saúde na Cidade de São Paulo* e compõe-se de dois volumes.

No **Volume 1**, já publicado, *Os Sujeitos do Programa de Saúde da Família na Cidade de São Paulo*, foram apresentados e discutidos os principais resultados de dois estudos dirigidos ao Programa de Saúde da Família – PSF, cobrindo uma década de funcionamento dessa estratégia de organização da atenção básica à saúde na cidade de São Paulo.

Já o **Volume 2** da Coletânea, agora apresentado, discute os resultados de um estudo realizado pelo ObservaRHSP sobre os profissionais de atenção básica à saúde, estudo esse que amplia a abrangência do objeto de investigação para além do PSF, com a inclusão de sujeitos que operam outros modelos de organização da atenção básica à saúde, nas regiões norte e central da cidade. São, então, apresentadas as características, o trabalho, as concepções e as expectativas dos profissionais que atuam em três deferentes tipos de unidades básicas de saúde – UBS: nas UBS que atuam exclusivamente com o PSF; naquelas ditas clássicas ou tradicionais, ou seja, aquelas que operam com o modelo de programas de saúde; e naquelas chamadas unidades mistas, em que convivem, no mesmo espaço físico, os dois modelos de organização do trabalho dos profissionais e de atendimento à demanda. Ainda no Volume 2, além do estudo acima descrito, apresentam-se dois estudos realizados, os quais guardam analogia com o tema e se referem à atenção básica em saúde: 1. Estudo sobre a Institucionalização das Parcerias no Setor Público de Saúde em Atenção Básica do Município de São Paulo; 2. Integralidade e Atenção Primária em Saúde: Avaliação da organização do processo de trabalho em unidades básicas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 3. A formação de Recursos Humanos para a Atenção Básica à Saúde em São Paulo: Resgate histórico.

Paulo Henrique D´Ângelo Seixas

Coordenador Geral da Estação ObservaRHSP.

Apresentação do Volume 2

Dando continuidade à Coletânea *ObservaRHSP: estudos e projetos*, entrega-se o Volume 2 da publicação *Os Sujeitos da Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo*.

o Volume 1 apresentou resultados de investigações dirigidas à Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo, tendo como objeto exclusivo os sujeitos da estratégia de Saúde da Família.

Neste Volume 2, amplia-se a abrangência da discussão: apresentam-se estudos que incluem o universo dos trabalhadores desse nível de atenção na cidade, bem como os impactos das diferentes formas de organização desse trabalho sobre a integralidade do cuidado. Para esses estudos são cenários das investigações três diferentes tipos de Unidades Básicas de Saúde: aquelas cuja organização dos serviços segue o modelo de Ação Programática (AP), as que operam exclusivamente com a estratégia de Saúde da Família (PSF), e as unidades mistas (MISTAS), nas quais convivem os dois modelos.

Consideram-se também as diferentes parcerias utilizadas para a gestão dos serviços de atenção básica no município, e as estratégias de formação em serviço desenvolvidas pela Secretaria de Saúde de São Paulo na qualificação da atenção básica.

Assim, o Volume 2 aqui apresentado está organizado em três partes:

- A Parte I, integrada por três capítulos e respectivas conclusões, contempla os estudos envolvendo os trabalhadores dos tipos de Unidades Básicas de Saúde acima referidos;

- A Parte II apresenta, como Capítulo 4, uma detalhada investigação sobre a Integralidade nos modelos de Atenção Básica à Saúde, envolvendo gerentes, profissionais e usuários;

- Já a Parte III, que encerra o volume, envolve dois capítulos: o de número 5, que cuida das Parcerias estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde com Instituições de Ensino e de excelência na prestação de serviços de saúde para a atenção básica na cidade, e o Capítulo 6, elaborado sob a forma de artigo, que procede a um resgate histórico da formação de recursos humanos para a Atenção Básica à Saúde em São Paulo.

Diversificam-se os enfoques buscando compreender melhor a inter-relação entre diferentes fatores envolvidos na gestão do trabalho no setor.

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Coordenador Geral da Estação ObservaRHSP

Sobre os Autores do Volume 2

Arnaldo Sala

Médico Sanitarista, Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo, com experiência nas áreas de Atenção Primária à Saúde, Recursos Humanos em Saúde e Avaliação de Programas e Sistemas de Informação em Saúde. Diretor Técnico na área de Recursos Humanos na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Pesquisador do Centro de Estudos Augusto Ayrosa Galvão – CEALAG (asala@saude.sp.gov.br.

Áurea Maria Zollner Ianni

Doutora em Ciências Ambientais pela USP e Pós-Doutorado pelo IFFCH / Unicamp. Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (aureanni@usp. br).

Carla Gianna Luppi

Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), Mestre e Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Diretora do Centro de Saúde Escola Barra Funda (CSEBF), Médica Assistente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Professora Assistente da FCMSCSP, Pesquisadora do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG (cgluppi@yahoo.com.br).

Cássio Silveira

Doutor em Saúde Pública pela USP, Professor Assistente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo, Membro do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG (Departamento de Medicina Social da FCMSCSP) (cassio@cealag. com.br).

Elaine Fracasso Tambellini

Graduada em Serviço Social, Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Gerente da Unidade Básica de Saúde de Boracéa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, com Equipes da Estratégia Saúde da Família, Atividades do ProSaúde e PET Saúde para alunos de graduação de Medicina, Fonoaudiologia e Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de São Paulo, Pesquisadora do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG (elainetambe@yahoo.com.br).

Joana Azevedo da Silva

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, em Planejamento do Setor Saúde e em Recursos Humanos, Mestre em Prática de Saúde Pública e Doutora em Administração Hospitalar pela FSP/USP. Foi Enfermeira da Fundação SESP, Coordenadora Geral de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde, e Coordenadora da Atenção Básica e PSF da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Atualmente, é Pesquisadora *Senior* da equipe do Observatório de Recursos Humanos para o SUS de São Paulo – ObservaRHSP (joanaazevedo@uol. com. br).

Oziris Simões

Médico Sanitarista pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Mestre em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo e Doutor pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Médico Assessor em Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Colaborador no Curso de Gestão em Saúde – GERUS da Faculdade de Saúde Pública e Pesquisador do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG (oziris.simões@fcmsantacasasp.edu.br).

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Médico (FCMSCSP), com RM em Medicina Preventiva e Social (FMUSP) e Mestrado em Administração de Empresas e Serviços de Saúde (FGV-EAESP). Foi Residente do Programa de Saúde Internacional da OPAS em Washington, Diretor do CSE Barra Funda, Coordenador do Polo de Capacitação de Saúde da Família da Grande São Paulo, Diretor da Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos para SUS, Ministério da Saúde, e Coordenador de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde. Atualmente, é médico sanitarista da SES, Coordenador do Observatório de Recursos Humanos para o SUS de São Paulo – ObservaRHSP (seixaspaulo@hotmail. com).

Regina Maria Giffoni Marsiglia

Doutora em Ciência Política pela USP, Professora Adjunta da FCMSCSP, Assistente Doutora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Membro do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão do Departamento de Medicina Social da FCMSCSP (regina. marsiglia@fcmscsp. edu. br).

PARTE I

Os trabalhadores dos modelos de Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

A pesquisa, cujos resultados aqui se apresentam, foi desenvolvida, em diferentes etapas e fases, a partir de 2007, sendo que a fase de coleta dos dados diretos foi levada a efeito em 2008, e os dados secundários da Secretaria Municipal de Saúde correspondem a 2007-2008. O Projeto de investigação desenvolveu-se por meio de três subprojetos, tendo como objetivos:

Subprojeto 1: Identificar perfil, rotatividade e satisfação dos trabalhadores nas Unidades Básicas de Saúde, organizadas nos diferentes Modelos de Atenção Básica à Saúde: Ação Programática (AP), Programa Saúde da Família (PSF) e Unidades Mistas, no Município de São Paulo, cujo desenvolvimento e resultados estão apresentados na Capítulo 1 .

Subprojeto 2: Aprofundar o conhecimento sobre o Agente Comunitário de Saúde que atua no PSF da cidade de São Paulo, o qual é apresentado no Capítulo 2.

Subprojeto 3: Descrever e analisar a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Atenção Básica / PSF da cidade de São Paulo, apresentado no Capítulo 3.

É importante afirmar que, conforme se identificará a partir das análises desenvolvidas, os resultados aqui apresentados não recobrem a totalidade das possibilidades dos dados coletados. Tendo em vista a riqueza do material e possível desenvolvimento de outras análises sobre o objeto de estudo, como já foi realizado e divulgado em artigos científicos e outras publicações congêneres (Marsiglia, 2011).

Com esta publicação, a Estação ObservaRHSP mantém sua trajetória de trabalho e produção de conhecimentos sobre a Atenção Básica à Saúde em diferentes modelos de organização, em grandes cidades e regiões metropolitanas, tendo em vista o apoio aos gerentes e gestores no fortalecimento do Sistema Único de Saúde em nosso país.

INTRODUÇÃO

1. A organização da Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo

À época da investigação de campo (2007-2008), a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo estava dividida em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde, e essas últimas contemplavam 25 Supervisões Técnicas de Saúde (STS) assim distribuídas:

1ª Coordenadoria Regional de Saúde Norte, com cinco STS: Casa Verde / Cachoeirinha, Freguesia do Ó / Brasilândia, Pirituba / Perus, Santana / Jaçanã e Vila Maria / Vila Guilherme;

2ª Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, com três STS: Butantã, Lapa / Pinheiros e Sé;

3ª Coordenadoria Regional de Saúde Leste, com sete STS: Tiradentes, Ermelino Matarazzo, São Miguel, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera e São Mateus;

4ª Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, com cinco STS: Mooca, Aricanduva, Vila Formosa, Carrão, Ipiranga, Penha, Vila Mariana, Jabaquara, Vila Prudente, Sapopemba;

5ª Coordenadoria Regional de Saúde Sul, com cinco STS: Campo Limpo, Capela do Socorro, M. Boi Mirim, Parelheiros e Santo Amaro / Cidade Ademar.

A região Norte e a Supervisão Técnica de Saúde da Sé, da região Centro-Oeste da cidade de São Paulo, foram escolhidas devido a diferentes fatores, entre os quais:

1) Os Indicadores Demográficos, Sociais e de Saúde da Região Norte são próximos da média da cidade de São Paulo;

2) A Supervisão Técnica de Saúde Sé, na região Central, apresenta particularidades históricas, como todas as metrópoles, bem como heterogeneidade social e de acesso aos serviços de saúde;

Em 2008, segundo o *site* da SMS, o município de São Paulo contava com 420 Unidades Básicas de

Saúde (UBS). Nessas unidades, a atenção à saúde é desenvolvida segundo três modelos de organização do trabalho: o modelo de Ação Programática em Saúde, na maioria das unidades; o modelo da Estratégia de Saúde da Família; e o modelo que aqui se intitula de Modelo Misto, nas unidades de saúde em que, no mesmo espaço físico, convivem os dois modelos anteriores: Ação Programática e Saúde da Família. Esta investigação sobre os Recursos Humanos da Atenção Básica em Saúde no município de São Paulo considerou os três modelos acima citados.

O modelo Ação Programática em Saúde constituiu-se como hegemônico na organização das UBS do estado de São Paulo a partir da década de 1970, na reforma da Secretaria de Estado da Saúde, conhecida como Reforma Dr. Walter Leser, e, na mesma década, na então Secretaria de Higiene e Saúde, atual Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na reforma empreendida por Dr. Cornélio Rosemburg. De acordo com essas propostas, a Atenção Básica seria efetivada mediante Programas de Atenção a: Saúde do Adulto, Saúde Bucal, Saúde da Criança, Saúde Mental e Saúde da Mulher. As unidades organizadas exclusivamente segundo esse modelo foram denominadas, nesta pesquisa, Ações Programáticas, e serão referidas também pela sigla **AP** (Schraiber, 1990; Nemes, 1990; Schraiber et al., 2000; Mota e Schraiber, 2011).

O Programa de Saúde da Família – PSF foi proposto pelo Ministério da Saúde em 1995 e implantado em unidades básicas estaduais da cidade de São Paulo em 1996. Além do desafio de implantação da proposta em grandes centros (Viana e Elias, 2005), houve dificuldade adicional no município de São Paulo, porque aí estava sendo implantado, pela Prefeitura Municipal, o Plano Assistência à Saúde (PAS), de caráter privado, apoiado em cooperativas de trabalhadores e serviços. Assim sendo, o PSF na cidade foi implantado pela Secretaria de Estado da Saúde, com apoio do Ministério da Saúde e com convênios com entidades assistenciais filantrópicas. Recebeu a denominação de Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis) (Jatene et al., 2000), até transformar-se em PSF, a partir de 2001, quando mudou a administração municipal e considerou o programa como estratégia prioritária de organização da Atenção Básica à Saúde na cidade. As 219 equipes de Saúde da Família implantadas no Qualis foram transferidas para a supervisão da SMSSP, que ampliou seu número. Essas foram denominadas, nesta pesquisa, de Unidades Básicas / Programa Saúde da Família, e serão referidas também pela sigla **PSF** (Cohn et al., 2005).

Já a atenção básica prestada em UBS sob os dois modelos: Ação Programática e Programa Saúde da Família, no mesmo espaço físico, como resultado do processo de implantação do PSF a partir de 2001 na cidade de São Paulo nas UBS municipais e nas UBS estaduais que foram municipalizadas a partir de então. Esta característica tem gerado alguns conflitos entre os trabalhadores, profissionais e usuários dos dois modelos de organização (Marsiglia e Carneiro Jr., 2009). Essas últimas UBS, nesta pesquisa, foram denominadas Unidades Básicas de Saúde Mistas, ou simplesmente **Mistas**.

2. O Programa de Saúde da Família e as Instituições Parceiras da SMS/SP

A estratégia de Saúde da Família, na cidade, é viabilizada mediante parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e Instituições consideradas de excelência em ensino e/ou assistência na área da saúde. De início, no Projeto Qualis, foram: Casa de Saúde Santa Marcelina, Fundação Zerbini, Associação Congregação Santa Catarina e Organização Santamarense de Educação e Cultura (Unisa). A partir de 2001, o PSF municipal contou com a parceria de mais oito instituições: Associação Saúde da Família, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, Associação Comunitária Monte Azul, Instituto Adventista de Ensino, Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim, Hospital Israelita Albert Einstein, Fundação Faculdade de Medicina da USP e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – ISCMSP.

Nas regiões escolhidas para esta pesquisa – região Norte e região Centro-Oeste, as instituições parceiras da SMS/SP, à época, eram a Unifesp, a ISCMSP e a Associação Saúde da Família, as quais, embora diferentes entre si, possuíam e respeitavam as mesmas exigências do contrato com a SMS para a implantação do PSF. Em comum, para elas, estava, em espe-

cial, a responsabilidade pela contratação das equipes do PSF com vínculo empregatício regido pela CLT.

A Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), ligada a uma Universidade Pública Federal, a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), apresentava-se bastante dimensionada, com um setor de recrutamento e seleção que atendia a 6.200 funcionários nas diversas parcerias que a instituição desenvolve. Tem, no seu organograma, quatro Coordenações: Administração, Planejamento, Educação Permanente e Educação Técnica. Há um setor de Recrutamento e Seleção que é responsável pelas contratações dos profissionais.

A parceira Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) é uma instituição secular e tradicional na cidade de São Paulo. A entidade mantenedora é a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. O espaço físico onde se desenvolve a Coordenação Administrativa do PSF pertence à Santa Casa e está localizado no Hospital São Luiz Gonzaga (HSLG), na região Norte da cidade. Entretanto, as decisões administrativas, sobretudo sobre recrutamento e seleção, são centralizadas no setor de RH do Hospital Central da Irmandade. Já para a capacitação, a ISCMSP tem se utilizado da estrutura dos recursos humanos alocados no HSLG e, eventualmente, do próprio Hospital Central.

A parceira Associação Saúde da Família (ASF) é uma sociedade civil sem fins lucrativos. Sua principal característica é não contar com uma estrutura própria para prestar serviços médico-assistenciais. Ela se coloca como intermediadora para o recrutamento de profissionais com recursos financeiros que são oriundos da SMS/SP.

CAPÍTULO 1

Perfil, rotatividade e satisfação dos trabalhadores dos modelos de Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo

Regina Maria Giaffoni Marsiglia

RESUMO

PERFIL, ROTATIVIDADE E SATISFAÇÃO DOS TRABALHADORES DOS MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO: Pesquisa do ObservaRHSP realizada em 2007-2008, em 87 Unidades Básicas de Saúde – UBS organizadas em diferentes modelos: Ação Programática (AP), Programa Saúde da Família (PSF) e Mistas (M), 81 delas localizadas na região Norte, cujos indicadores são próximos aos da média do município, e seis localizadas na área central da cidade de São Paulo, caracterizada por heterogeneidade social e de saúde. A pesquisa foi realizada com os seguintes objetivos: (1) conhecer o perfil dos 4.968 trabalhadores inseridos nas UBS; (2) obter informação sobre a intensidade e as razões da rotatividade dos trabalhadores; (3) levantar os motivos de satisfação / insatisfação dos trabalhadores com o trabalho na Atenção Básica à Saúde (ABS); (4) conhecer as sugestões dos trabalhadores para Atenção Básica e Educação Permanente. Para tanto, foram inicialmente colhidas, nos bancos de dados da SMSSP, em 2007, informações sobre sexo, idade, naturalidade, escolaridade, formação, função e tempo de trabalho na UBS de um universo de 4. 968 trabalhadores, colhidas. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas a seis Coordenadores de Recursos Humanos (RH) da SMSSP e a três Coordenadores de RH das instituições parceiras da SMSSP para implantação das equipes de Saúde da Família na cidade de São Paulo em 2007. Entrevistas estruturadas também foram aplicadas a uma amostra de 621 trabalhadores dessas UBS com uso do Sistema ETAC – Entrevista Telefônica Assistida por Computador, em 2008. Os resultados apontaram que 80,7% de todos os 4.968 trabalhadores inseridos nas UBS em 2007-2008 e 56,4% dos médicos eram sexo feminino; 49,1% tinham entre 41 e 60 anos de idade; 61,4% eram naturais do município de São Paulo; muitos apresentaram escolaridade superior ao exigido para as funções exercidas, incluindo cursos de especialização, cursos técnicos, capacitação e treinamento. Dentre os que apresentavam nível superior, 13,9 % eram médicos; dos que apresentavam nível médio, 21,3% eram auxiliares de enfermagem; no nível operacional, 20,7% eram Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Com relação ao regime de contratação dos trabalhadores, 92,3% dos que trabalhavam nas unidades organizadas no modelo de Ação Programática eram funcionários estatutários, e 77,0% dos que trabalhavam nas unidades organizadas sob o modelo de Saúde da Família eram são contratados sob a CLT pela instituições parceiras da SMSSP. Com relação ao estudo da rotatividade desses trabalhadores, 40,1% trabalhavam na UBS havia mais de cinco anos, 12,9% havia mais de 10 anos, e 6,3% havia mais de 20 anos. Quarenta e nove por cento dos que trabalhavam nas equipes de Saúde da Família e 19,5% dos que traba-

lhavam nas unidades do modelo de Ação Programática haviam mudado de local de trabalho nos três anos que antecederam a realização da pesquisa. Os médicos foram a categoria que mais mudou de local de trabalho, por cursar residência médica ou em razão da carga horária, seguidos dos ACS, que mudaram de local de trabalho por mudança de local de residência, e dos enfermeiros, em razão de outras oportunidades de trabalho. O principal motivo apontado para satisfação no trabalho foi "conseguir resolver os problemas dos usuários / famílias", e o de insatisfação foram as condições de trabalho e salários. As principais sugestões dos trabalhadores para melhorar a Atenção Básica incluíram expansão e melhor distribuição das unidades; para melhoria da Educação Permanente, sugeriram temas como imunização, gerência, computação e recepção.

Descritores: Atenção básica à saúde (São Paulo: estado); Recursos humanos; Perfil de trabalhadores; Rotatividade de trabalhadores; Satisfação e insatisfação no trabalho; Programas de expansão e consolidação do Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

PROFILE, ROTATION AND SATISFACTION OF THE WORKERS IN THE DIFFERENT MODELS OF BASIC ATTENTION TO THE HEALTH IN SÃO PAULO CITY: Research carried out by ObservaRHSP *in 2007-2008, involving 87 Basic Health Units – BHU organized in different models: Programmatic Actions (AP), Health Family Program (HFP) and Mixed Units (MU), from which 81 were located in the North region of the city, whose indicators are very similar of the mean indicators of the city, and six were located in the central area of the city, which is characterized by social and health heterogeneity. Research was carried out with the following objectives: (1) to know the profile of the 4,968 workers inserted in the BHUs; (2) to get information on the intensity and the reasons of the worker's rotation; (3) to survey the reasons of worker's satisfaction / unsatisfaction with their job in Basic Health Attention (BHA); (4) to know the worker's suggestions for Basic Health and Permanent Education. For such proposals, information on gender, age, naturalness, education and formation, job duties, and work time in the BHU of 4,968 worker were initially collected in the data bases of the* SMSSP *in 2007. Semi-structured interviews were applied to six Coordinators of Human Resources (HR) of the* SMSSP*, and to three HR Coordinators of the Partner Institutions of the* SMSSP *for the implementation of the Family Health teams in São Paulo city in 2007. Structured interviews were as well applied in 2008 to a sample of 612 workers in these BHUs by using the CATI System – Computer-assisted Telephone Interviewing. Results have pointed out that 80.7% of all the 4,968 workers inserted in the BHUs in 2007 and 56.4% of the doctors from this universe were females; 49.1% were 41 to 60 years old; 61.4% were born in São Paulo city; many of them had educational formation higher than that required for their job duties, including specialization, technical level, capacitation and training. Out of them with academic level, 13.9% were medical doctors; out of them with secondary level, 21.3% were nursing assistants; in the operational level were 20.7% Health Community Agent (HCA). Regarding the system for contraction of the workers, 92.3% of those working in the Programmatic Actions model were hired under government statutes, and 77.0% of those working in the Health Family model were hired by the partners institutions of the* SMSSP *under the Consolidation of Labor Laws. Respecting the rotation of these workers, 40.1% was working in the same BHU for more than 5 years, 12.9% for more than 10 years, and 6.3% for more than 20 years. Changes of the job location in the three years prior to the research were observed in 49.0% of those working in the Family Health teams, and in 19,5% of those working in the Programmatic Actions model. Doctors were the professional category which changed the job location more frequently, due to following medical residence or in virtue of the working time. The HCA composed the second category, justifying their change of the job location with the change of the house followed by the nurses, in virtue of other job opportunities. The main reason for satisfaction in the work was "to be able to solve the problems of the beneficiaries / families", and for unsatisfaction were the work conditions and the salaries. Main worker's suggestions for improving the Basic Attention included expansion and better distribution of the units; for the improvement of the Permanent Education, immunization, management, computation, and reception were the suggested subjects.*

Keywords: *Basic attention to health (São Paulo: state); Human resources; Worker's profile; Worker's rotation; Satisfaction and unsatisfaction in the job; Expansion and consolidation of the Family Health Program.*

1. OS TRABALHADORES E OS MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO

1.1 O contexto

O município de São Paulo contava, em 2008, com 420 Unidades Básicas de Saúde, sendo que 37,8% delas eram unidades no modelo exclusivo do PSF, contabilizando 1.052 equipes de saúde da família, distribuídas conforme apresentado na Tabela 1.

A Coordenadoria Regional de Saúde Norte e a Supervisão Técnica de Saúde Sé (pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste), juntas, em 2008, contavam com 87 UBS, das quais 49,4% eram unidades exclusivamente do Modelo AP; 26,4% eram unidades exclusivamente do Modelo PSF; e 24,1%, unidades do Modelo Misto.

Tabela 1. Número de equipes de Saúde da Família por Coordenadoria Regional de Saúde. Município de São Paulo, 2008.

Coordenadoria	n	%
Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste	169	16,1
Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste	70	6,7
Coordenadoria Regional de Saúde Norte	164	15,6
Coordenadoria Regional de Saúde Sul	427	40,6
Coordenadoria Regional de Saúde Leste	222	21,1
Total	**1052**	**100,0**

Fonte: Coordenadoria de Atenção Básica. SMSSP, 2008.

Conforme a Figura 1, pode-se observar o predomínio das UBS organizadas sob o Modelo de AP (49,4%), implantado, conforme já se referiu, na Atenção Básica em São Paulo a partir dos anos 1970, tanto na administração municipal quanto na estadual de saúde.

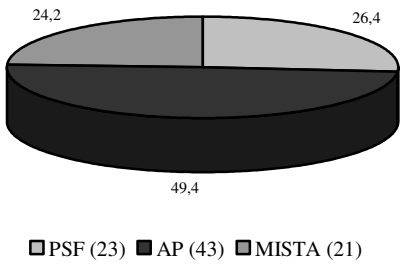


Figura 1. Distribuição percentual das UBS da Pesquisa de acordo com o Modelo de Organização. Município de São Paulo, 2008. (Fonte: Coordenadoria de Atenção Básica. SMSSP, 2008).

As 87 UBS estavam distribuídas em seis Supervisões Técnicas de Saúde (STS), sendo cinco delas pertencentes à Coordenadoria Regional de Saúde Norte, SMS/SP, e uma (a STS Sé), à Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, SMS/SP (Tabela 2).

Na STS de Pirituba / Perus, estava localizado o maior número de UBS da região Norte (27,6%), enquanto que a STS da Sé, da região Centro-Oeste, apresentava apenas 6,9% das UBS estudadas, cinco das quais sob a administração direta da SMS/SP (UBS municipais ou estaduais municipalizadas), e a sexta constituída pelo CSE Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac, administrado pela FCMSCSP e ISCMSP, articulado com as demais UBS e com a direção da Supervisão Técnica de Saúde Sé da SMS/SP.

Nas Figuras 2 a 7, apresenta-se a distribuição das 87 UBS estudadas por Coordenadoria Regional de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde de SMS/SP e modelo de organização da Atenção Básica adotados: "AP", "PSF", e "Misto".

Tabela 2. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde por Coordenadoria Regional e Supervisões Técnicas de Saúde. SMS, 2008.

Coordenadoria Regional	Supervisão		n	%
NORTE	**1**	Casa Verde / Cachoeirinha	12	13,8
	2	FÓ / Brasilândia	15	17,2
	3	Pirituba / Perus	24	27,6
	4	Santana / Jaçanã	18	20,7
	5	Vila Maria / Vila Guilherme	12	13,8
CENTRO-OESTE	**6**	Sé	6	6,9
	Total		**87**	**100,0**

Fonte: Coordenadoria de Atenção Básica. SMSSP. 2008.

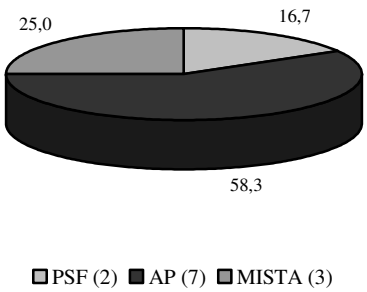


Figura 2. Distribuição das UBS da Regional Norte, Supervisão Técnica de Saúde **Casa Verde / Cachoeirinha**, de acordo com o Modelo de Organização. SMS, 2008. (Fonte: Coordenadoria de Atenção Básica. SMSSP, 2008).

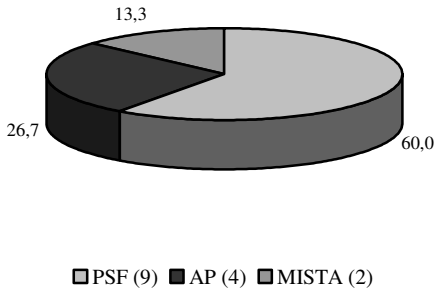


Figura 3. Distribuição das UBS da Regional Norte, Supervisão Técnica de Saúde **FÓ / Brasilândia**, de acordo com o Modelo de Organização. SMS, 2008. (Fonte: Coordenadoria de Atenção Básica. SMSSP, 2008).

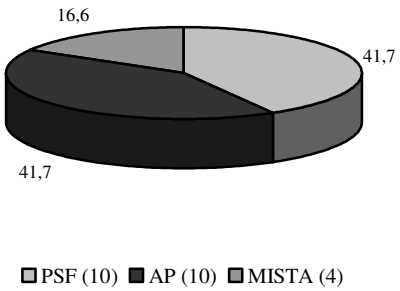


Figura 4. Distribuição das UBS da Regional Norte, Supervisão Técnica de Saúde **Pirituba / Perus**, de acordo com o Modelo de Organização. SMS, 2008. (Fonte: Coordenadoria de Atenção Básica. SMSSP, 2008).

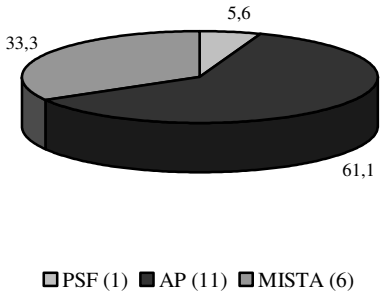


Figura 5. Distribuição das UBS da Regional Norte, Supervisão Técnica de Saúde **Santana / Jaçanã**, de acordo com o Modelo de Organização. SMS, 2008. (Fonte: Coordenadoria de Atenção Básica. SMSSP, 2008).

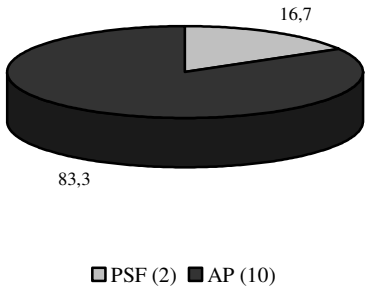


Figura 6. Distribuição das UBS da Regional Norte, Supervisão Técnica de Saúde **Vila Maria / Vila Guilherme**, de acordo com o Modelo de Organização. SMS, 2008. (Fonte: Coordenadoria de Atenção Básica. SMSSP, 2008).

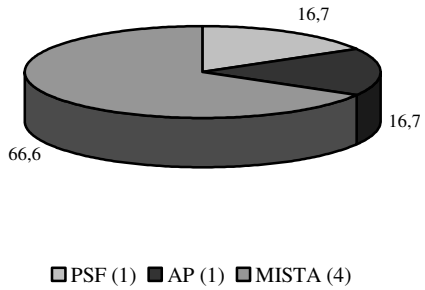


Figura 7. Distribuição das UBS da Regional Centro-Oeste, Supervisão Técnica de Saúde **Sé**, de acordo com o Modelo de Organização. SMS, 2008. (Fonte: Coordenadoria de Atenção Básica. SMSSP, 2008).

As STS Casa Verde / Cachoeirinha, Santana / Jaçanã e Vila Maria / Vila Guilherme contavam com mais UBS organizadas exclusivamente no modelo de Ação Programática, respectivamente 58,3%, 61,1% e 83,3%, sendo que, em Vila Maria / Vila Guilherme, não existia nenhuma UBS organizada exclusivamente no modelo do PSF (Figuras 2, 5 e 6).

A STS Santana / Jaçanã concentrava o maior número de Unidades AP (61,1%), seguidas das Unidades organizadas no Modelo Misto (33,3%), e tinha apenas uma UBS no modelo exclusivo do PSF (Figura 5).

Ao contrário, a STS Freguesia do Ó / Brasilândia contava com mais UBS organizadas exclusivamente no modelo PSF (60,0%), provavelmente porque, nessa área, se desenvolveu o Projeto Qualis – Qualidade Integral em Saúde, sob a responsabilidade da SES/SP, a partir de 1996 até 2000 (Figura 3).

A distribuição mais equilibrada entre UBS organizadas sob modelos puros AP ou PSF apareceu na STS Pirituba / Perus: nessa área, das 24 UBS, 41,7% eram organizadas exclusivamente no modelo de AP; outras 41,7%, no modelo do PSF; e 16,7%, no Modelo Misto (Figura 4).

Já na STS Sé, da Coordenadoria Regional de Saúde Centro- Oeste, havia apenas uma UBS organizada sob o modelo AP e outra sob o modelo do PSF. Predominavam, na área, UBS organizadas sob o Modelo Misto: quatro, ou seja, 66,7% das UBS lá existentes (Figura 7).

1.2 As fontes de dados

1.2.1 Dados Secundários

- Banco de Dados das Coordenadorias de Recursos Humanos e de Atenção Básica / PSF da SMS/SP;

- Outros dados sobre RH das Coordenações Norte e Centro-Oeste da SMS;

- Dados obtidos junto às Instituições Parceiras da SMS/SP nas regiões da pesquisa.

Em relação às Unidades Básicas de Saúde (AP/PSF) dessas regiões, os dados cobriram: nome, endereço, modelo de atenção, organização parceira da SMS/SP para implantação do PSF, ano de implantação da unidade. A listagem de trabalhadores incluiu idade, sexo, naturalidade, escolaridade, formação, categorias profissionais, funções e tempo de trabalho na unidade, para um total de 4.968 trabalhadores.

1.2.2 Dados Primários

Informações levantadas a partir de entrevistas semiestruturadas

Foram realizadas nove entrevistas, em 2007/2008, com os Coordenadores de RH: Coordenador Central

de RH da SMS/SP, Diretor de Desenvolvimento de RH do Centro de Formação – CEFOR da SMS/SP, Responsável pelo RH da Coordenadoria Regional de Saúde Norte, Responsável pelo RH da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, Responsável pelo RH da Supervisão Técnica de Saúde Sé, Coordenador de Atenção Básica / PSF da SMS/SP e os Coordenadores de RH das três instituições parceiras de SMS/SP nas regiões estudadas.

Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC)

As ETAC foram aplicadas, em 2008, a uma amostra de 621 trabalhadores das 87 Unidades Básicas de Saúde das regiões incluídas na pesquisa. Em cada uma das unidades que funcionavam exclusivamente no modelo AP ou PSF (modelos puros), foram entrevistados seis e sete profissionais, respectivamente (Tabela 3), conforme segue: o gerente, um médico, um enfermeiro, um outro profissional de nível universitário, denominado de Equipe Ampliada, um auxiliar de enfermagem, um funcionário administrativo. Nas unidades somente PSF, acrescentou-se um agente comunitário de saúde.

Nas UBS que funcionavam com os dois modelos AP e PSF (mistas), foram entrevistados 10 profissionais (Tabela 3): o gerente, dois médicos (um de cada modelo), dois enfermeiros (um de cada modelo), outro profissional de nível universitário, dois auxiliares de enfermagem (um de cada modelo), um funcionário administrativo e um agente comunitário de saúde.

Tabela 3. Critérios para ETAC, de acordo com o Modelo de Organização do Trabalho. ObservaRHSP, 2008.

Unidade AP	Unidade MISTA	Unidade PSF
Coordenador da Unidade	Coordenador da Unidade	Coordenador da Unidade
Um Médico	Dois Médicos (um AP e um PSF)	Um Médico
Um Enfermeiro	Dois Enfermeiros (um AP e um PSF)	Um Enfermeiro
Um Auxiliar de Enfermagem	Dois Auxiliares de Enfermagem (um AP e um PSF)	Um Auxiliar de Enfermagem
Um Equipe Ampliada	Um Equipe Ampliada	Um Equipe Ampliada
Um Administrativo	Um Administrativo	Um Administrativo
-	Um ACS	Um ACS
Seis profissionais	**Dez profissionais**	**Sete Profissionais**

Considerando-se as 87 Unidades pesquisadas e distribuídas de acordo com os três modelos, obteve-se a seguinte estratificação: 43 organizadas no modelo exclusivo de AP; 23, no modelo exclusivo do PSF; e 21 unidades mistas. A previsão inicial, seguindo os critérios acima, era a de que 629 pessoas fossem entrevistadas por meio do sistema ETAC: 258 nas Unidades AP, 161 nas Unidades PSF e 210 nas Unidades Mistas. Algumas recusas e desfalques no quadro de pessoal fizeram com que fossem entrevistadas 621 pessoas: 256 que trabalhavam nas Unidades AP, 157 nas Unidades PSF e 208 nas Unidades Mistas. Esses 621 entrevistados corresponderam a 12,5% dos 4.968 trabalhadores das 87 Unidades que fizeram parte do universo da pesquisa, distribuídos de acordo com as Supervisões Técnicas de Saúde, conforme descrito no Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das entrevistas ETAC de acordo com as Supervisões Técnicas de Saúde, 2008.

Supervisão Técnica	n	%
STS da Casa Verde / Cachoeirinha	87	14,0
STS Freguesia do Ó / Brasilândia	107	17,3
STS Santana / Jaçanã	129	20,8
STS Pirituba / Perus	166	26,7
STS Vila Maria / Vila Guilherme	79	12,7
STS Sé	53	8,5
Total de entrevistas	**621**	**100**

Fonte: ObservaRHSP, 2008.

2. OS TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DAS REGIÕES NORTE E CENTRAL DA CIDADE

Os Dados Gerais apresentados referem-se ao total de 4.968 trabalhadores das 87 UBS pesquisadas, da Coordenadoria Regional de Saúde Norte e da Supervisão Técnica de Saúde Sé, bem como os dados do tipo de UBS organizada sob os modelos exclusivos de AP, PSF ou Mistos.

A STS de Pirituba / Perus concentrava o maior número de UBS e, consequentemente, o maior percentual de trabalhadores: 25,9%, seguida da STS Freguesia do Ó / Brasilândia, com 20,8%. A STS da Sé concentrava o menor número de UBS e também o menor número de trabalhadores (10,1%) (Figura 8).

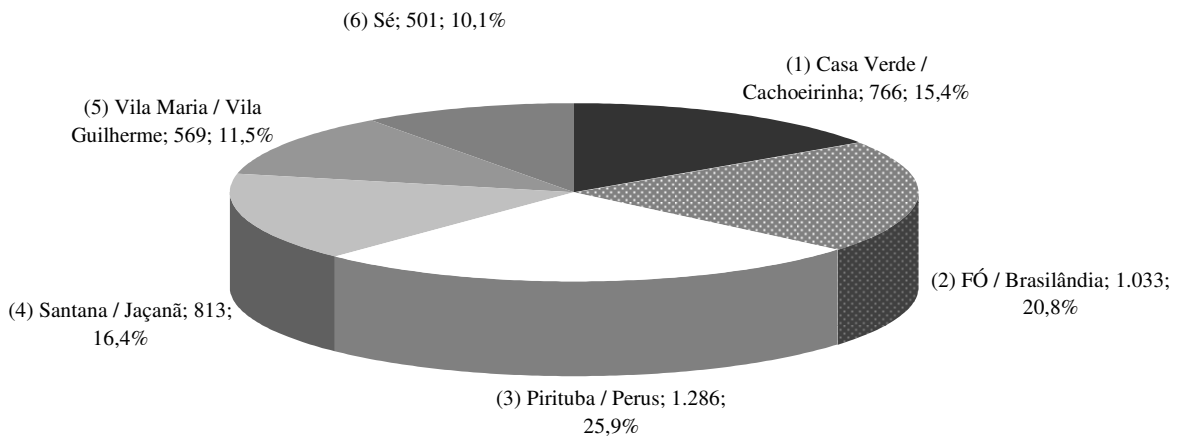


Figura 8. Distribuição dos trabalhadores por Supervisões Técnicas de Saúde da Região Norte e da STS Sé. SMS, 2008. (Fonte: Coordenadoria de Atenção Básica. Coordenações Regionais de RH. SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008).

Na Tabela 5 se apresenta, além dos dados já citados, o número de trabalhadores distribuídos de acordo com os modelos de organização das UBS e Supervisões Técnicas de Saúde. Nas Unidades do modelo AP se encontrava o maior percentual de trabalhadores (40,6%), seguidas das unidades Mistas (30,8%). As Unidades PSF eram as que apresentavam menor percentual de trabalhadores (28,5%).

A maior concentração de profissionais em unidades do modelo AP (23,3%) estava na STS Santana / Jaçanã, e a menor (7,4%), na STS Sé, segundo modelos de organização em cada STS apontados anteriormente.

Em Unidades Mistas, estavam 22,1% dos trabalhadores; a maior porcentagem encontrava-se na STS de Pirituba / Perus, e o menor percentual de profissionais nesse tipo de Unidade estava na STS de Vila Maria / Vila Guilherme (9,8%).

Já nas Unidades PSF, estavam 46,8% desses trabalhadores, sendo que a maior concentração deles ocorria na STS de FÓ / Brasilândia. Essa STS não era a que apresentava o maior número de Unidades PSF, mas, mesmo assim, concentrava maior percentual desses profissionais em PSF, provavelmente pela experiência anterior do Qualis, na área desde 1996.

Na STS de Vila Maria / Vila Guilherme não havia nenhuma Unidade organizada exclusivamente sob o modelo de PSF; as equipes de PSF e Saúde da Família dessa área foram implantadas nas Unidades que já eram organizadas no modelo AP, o que as transformou em UBS Modelo Misto.

Tabela 5 . Distribuição dos trabalhadores de acordo com o Modelo de Organização da UBS e Supervisão Técnica de Saúde. SMS, 2008.

Profissionais por Supervisões Técnicas de Saúde	AP	MISTA	PSF	Total
Casa Verde / Cachoeirinha	348	243	175	766
%	*45,4*	*31,7*	*22,8*	*100*
FÓ / Brasilândia	198	172	663	1.033
%	*19,2*	*16,7*	*64,2*	*100*
Pirituba / Perus	435	339	512	1.286
%	*33,8*	*26,4*	*39,8*	*100*
Santana / Jaçanã	470	310	33	813
%	*57,8*	*38,1*	*4,1*	*100*
Vila Maria / Vila Guilherme	419	150	0	569
%	*73,6*	*26,4*	*0*	*100*
Sé	149	317	35	501
%	*29,7*	*63,3*	*7*	*100*
Total	**2.019**	**1.531**	**1.418**	**4.968**
%	***40,6***	***30,8***	***28,5***	***100***

Fonte: Coordenações de RH. SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

Algumas STS, quando observadas mais acuradamente, apresentavam dados diferenciados: a STS de Vila Maria / Vila Guilherme concentrava maior número de profissionais em Unidades exclusivamente AP (73,6%); a STS da FÓ / Brasilândia concentrava maior número de profissionais em Unidades do modelo PSF (64,2%); e a STS da Sé apresentava maior concentração de profissionais em Unidades Mistas (63,3%).

Chamou atenção que a STS Pirituba / Perus também apresentava distribuição mais equilibrada de trabalhadores nos três Modelos de Organização das Unidades: 39% em Unidades exclusivas do Modelo PSF; 33,8% em Unidades exclusivas de AP; e 26,4% em Unidades de Modelos Mistos.

2.1 Distribuição dos trabalhadores por Supervisão Técnica de Saúde, modelos de organização e Unidades Básicas de Saúde

2.1.1 Supervisão Técnica de Saúde Casa Verde / Cachoeirinha

A STS Casa Verde / Cachoeirinha contava com 766 profissionais distribuídos em 12 UBS, sendo sete Unidades AP, três Unidades Mistas e duas Unidades PSF; o maior percentual de profissionais (45,4%) atuava em Unidades AP, e o menor percentual, em Unidades PSF (22,8%). Em relação ao número de trabalhadores, tratados isoladamente, a Unidade Mista Vila Dionísia contava com o maior número de profissionais (109) (Tabela 6).

2.1.2 Supervisão Técnica de Saúde FÓ / Brasilândia

A STS FÓ / Brasilândia contava com 1.033 trabalhadores, distribuídos em 15 UBS, sendo quatro Unidades AP, duas Unidades Mistas e nove Unidades PSF; o maior percentual de profissionais (64,2%) atuava em Unidades PSF, e o menor percentual, em Unidades Mistas (8%). Em relação ao número de trabalhadores, a Unidade PSF Vila Penteado contava com o maior percentual (8,8%) do total de profissionais dessa Supervisão (Tabela 7).

2.1.3 Supervisão Técnica de Saúde Pirituba / Perus

A STS de Pirituba / Perus contava com 1.286 trabalhadores, distribuídos em 24 Unidades AP, sendo quatro Unidades Mistas e dez Unidades PSF; o maior

percentual de profissionais (39,8%) atuava em Unidades PSF, e o menor percentual, em Unidades Mistas (26,4%). Em relação ao número de trabalhadores, a Unidade PSF União das Vilas de Taipas contava com o maior percentual (8,9%) do total de profissionais (Tabela 8).

Tabela 6. Distribuição dos profissionais e trabalhadores da STS Casa Verde / Cachoeirinha de acordo com o Modelo de Organização da UBS. SMS, 2008.

Modelos de Organização		Unidades	n	%
AP	1	UBS Casa Verde	39	11,2
	2	UBS Casa Verde Alta	35	10,1
	3	UBS Casa Verde Baixa – Dr. Walter Elias / CEO	79	22,7
	4	UBS Dona Adelaide Lopes	56	16,1
	5	UBS Parque Peruche	38	10,9
	6	UBS Sítio Mandaqui	49	14,1
	7	UBS / AMA Jardim Peri	52	14,9
		Subtotal	**348**	**100,0**
MISTO	1	UBS Vila Barbosa	57	23,5
	2	UBS Vila Dionísia	109	44,9
	3	UBS Vila Santa Maria	77	31,7
		Subtotal	**243**	**100,0**
PSF	1	UBS Dra. Ilza Weltman Hutzler	84	48,0
	2	UBS Vila Espanhola	91	52,0
		Subtotal	**175**	**100,0**
		Total	**766**	**100,0**

Fonte: Coordenações de Recursos Humanos da SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

Tabela 7. Distribuição dos profissionais e trabalhadores da STS FÓ / Brasilândia de acordo com o Modelo de Organização da UBS. SMS, 2008.

Modelos de Organização		Unidades	n	%
AP	1	UBS Jardim Guanabara	43	21,7
	2	UBS Jardim Ladeira Rosa	55	27,8
	3	UBS Vila Palmeiras	42	21,2
	4	UBS Vila Progresso – Jd. Monte Alegre	58	29,3
		Subtotal	**198**	**100,0**
MISTO	1	UBS Jardim Carombé – Silmarya Rejane M. De Souza	87	50,6
	2	UBS Jardim Vista Alegre	85	49,4
		Subtotal	**172**	**100,0**
PSF	1	UBS Brasilândia	51	7,7
	2	UBS Cruz Das Almas	76	11,5
	3	UBS Jardim Guarani	74	11,2
	4	UBS Jardim Icarai I – Brasilândia	81	12,2
	5	UBS Jardim Paulistano	78	11,8
	6	UBS Vila Penteado	91	13,7
	7	UBS Vila Ramos	68	10,3
	8	UBS Vila Souza – Dr. Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão	83	12,5
	9	UBS Vila Terezinha	61	9,2
		Subtotal	**663**	**100,0**
		Total	**1.033**	**100,0**

Fonte: Coordenações de Recursos Humanos da SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

Tabela 8. Distribuição dos profissionais e trabalhadores da STS Pirituba / Perus de acordo com o Modelo de Organização da UBS. SMS, 2008.

Modelos de Organização	Unidades			n	%
AP	1	UBS Vila Mangalot		19	4,4
	2	UBS Parque Anhanguera I / CEO		21	4,8
	3	UBS Vila Mirante – Domingos Mantelli		34	7,8
	4	UBS Chácara Inglesa		35	8,0
	5	UBS Jardim Panamericano		43	9,9
	6	UBS Vila Zatt		43	9,9
	7	UBS Perus		47	10,8
	8	UBS Jardim Ipanema		51	11,7
	9	UBS Vila Pereira Barreto		65	14,9
	10	UBS Parque Anhanguera		77	17,7
			Subtotal	**435**	**100,0**
MISTO	1	UBS Morada do Sol		38	11,2
	2	UBS Vila Pirituba I		73	21,5
	3	UBS Elisio Teixeira Leite		113	33,3
	4	UBS União Das Vilas De Taipas		115	33,9
			Subtotal	**339**	**100,0**
PSF	1	UBS Alpes do Jaraguá		14	2,7
	2	UBS Jardim Santo Elias		26	5,1
	3	UBS Jardim Rosinha		43	8,4
	4	UBS Vila Maggi		48	9,4
	5	UBS Moinho Velho I		57	11,1
	6	UBS Jardim Cidade Pirituba		60	11,7
	7	UBS Morro Doce		60	11,7
	8	UBS / AMA Parque Maria Domitila		62	12,1
	9	UBS Recanto Dos Humildes		63	12,3
	10	UBS / AMA City Jaraguá		79	15,4
			Subtotal	**512**	**100,0**
			Total	**1.286**	**100,0**

Fonte: Coordenações de Recursos Humanos da SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

2.1.4 Supervisão Técnica de Saúde Santana / Jaçanã

A STS de Santana / Jaçanã contava com 813 profissionais, distribuídos em 18 UBS, sendo 11 Unidades AP, seis Unidades Mistas e uma Unidade PSF; o maior percentual de trabalhadores (57,8%) atuava em Unidades AP, e o menor percentual, em Unidades PSF (4,1%). Em relação ao número de trabalhadores, a Unidade AP José de Toledo Piza contava com o maior percentual (9,2%) do total de profissionais (Tabela 9).

2.1.5 Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria / Vila Guilherme

A STS de Vila Maria / Vila Guilherme contava com 569 trabalhadores, distribuídos em 12 unidades, sendo dez Unidades AP e duas Unidades Mistas; o maior percentual de profissionais (73,6%) atuava em Unidades AP. Nesta STS não havia Unidades exclusivas PSF. Em relação ao número de trabalhadores, a Unidade Mista Parque Novo Mundo contava com o maior percentual (14,2%) do total de profissionais (Tabela 10).

Tabela 9. Distribuição dos profissionais e trabalhadores da STS Santana / Jaçanã de acordo com o Modelo de Organização da UBS. SMS, 2008.

Modelos de Organização	Unidades		n	%
AP	1	UBS Jardim das Pedras	15	3,2
	2	UBS Conj. do IPESP	30	6,4
	3	UBS Horto Florestal	31	6,6
	4	UBS Vila Aurora – Dr. Domingos Mazzoneto De Cilo	33	7,0
	5	UBS Chora Menino	42	8,9
	6	UBS Parque Edu Chaves	42	8,9
	7	UBS Jardim Joamar	44	9,4
	8	UBS Dona Mariquinha Sciascia	51	10,9
	9	UBS Jaçanã	52	11,1
	10	UBS Wamberto Dias Costa	55	11,7
	11	UBS José de Toledo Piza	75	16,0
		Subtotal	**470**	**100,0**
MISTO	1	UBS Jardim Fontalis	28	9,0
	2	UBS Vila Nivi	44	14,2
	3	UBS Lauzane Paulista	53	17,1
	4	UBS Vila Albertina – Dr. Osvaldo Marçal	54	17,4
	5	UBS Vila Nova Galvão	62	20,0
	6	UBS Joaquim Antonio Eirado	69	22,3
		Subtotal	**310**	**100,0**
PSF	1	UBS Jardim Apuana	33	100,0
		Subtotal	**33**	**100,0**
		Total	**813**	**100,0**

Fonte: Coordenações de Recursos Humanos da SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

Tabela 10. Distribuição dos profissionais e trabalhadores da STS Vila Maria / Vila Guilherme de acordo com o Modelo de Organização da UBS. SMS, 2008.

Modelos de Organização	Unidades		n	%
AP	1	UBS Jardim Japão	30	7,2
	2	UBS Vila Leonor	32	7,6
	3	UBS Vila Sabrina	34	8,1
	4	UBS Vila Medeiros	35	8,4
	5	UBS Carandiru	45	10,7
	6	UBS Vila Ede	46	11,0
	7	UBS Vila Maria – Dr. Luiz Paulo Gnecco	46	11,0
	8	UBS Jardim Brasil	47	11,2
	9	UBS / AMA Vila Guilherme	51	12,2
	10	UBS Vila Izolina Mazzei	53	12,6
		Subtotal	**419**	**100,0**
MISTO	1	UBS Parque Novo Mundo II	69	46
	2	UBS Parque Novo Mundo I	81	54
		Subtotal	**150**	**100,0**
		Total	**569**	**100,0**

Fonte: Coordenações de Recursos Humanos da SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

2.1.6 Supervisão Técnica de Saúde Sé: Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste

A STS da Sé, pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, contava com 501 trabalhadores, distribuídos em seis UBS, sendo uma Unidade AP, quatro Unidades Mistas e uma Unidade PSF; o maior percentual de profissionais (63,3%) atuava em Unidades Mistas, e o menor percentual em Unidades PSF (7%). Em relação ao número de trabalhadores, a Unidade AP Dr. Humberto Pascale contava com o maior percentual (29,7%) do total de profissionais (Tabela 11).

2.2 Trabalhadores das UBS estudadas, segundo variáveis selecionadas

2.2.1 Sexo

Na Tabela 12 se apresenta a distribuição de profissionais de acordo com o sexo e os tipos de Unidades de Saúde. Observa-se que 80,7% dos trabalhadores das 87 UBS eram do sexo feminino e apenas 19,3% eram do sexo masculino, confirmando a tendência geral de feminização da força de trabalho em saúde.

A tendência à feminização, também muito acentuada nos serviços de Atenção Básica à Saúde, mostrou-se maior nas UBS organizadas exclusivamente sob o modelo de PSF: nessas Unidades, 83,6% eram mulheres e 16,4% eram homens. Nas Unidades AP e Mistas, a diferença percentual entre o grupo feminino e o grupo masculino era semelhante: nas AP, 79,5% eram do sexo feminino e 20,5% do masculino e, nas Unidades Mistas, 79,4% eram mulheres e 20,6% homens.

2.2.2 Idade

Na faixa etária de 40 a 49 anos, concentrava-se o maior percentual de profissionais (26,4%); em seguida aparecia a faixa de 50 a 59 anos (22,7%). Podemos observar, portanto, que, se juntarmos essas duas faixas etárias, constatamos que quase a metade dos trabalhadores dessas UBS (49,1%) tinha entre 40 e 59 anos de idade, o que revela um importante contingente de trabalhadores com idade mais avançada. Não é possível tirar conclusões mais precisas sobre esta variável, porque não havia informações sobre a idade de 23,2% do total de profissionais (Tabela 13; Figura 9).

Tabela 11. Distribuição dos profissionais e trabalhadores da STS Sé de acordo com o Modelo de Organização da UBS. SMS, 2008.

Modelos de Organização	Unidades		n	%
AP	**1**	UBS Santa Cecília – Dr. Humberto Pascale	149	100,0
		Subtotal	**149**	**100,0**
MISTO	**1**	UBS Nossa Senhora do Brasil – Armando D'Arienzo	70	22,1
	2	UBS Cambuci	78	24,6
	3	UBS CSE Barra Funda (FCMSCSP/ISMSP)	83	26,2
	4	UBS Humaitá – Dr. João de Azevedo Lage	86	27,1
		Subtotal	**317**	**100,0**
PSF	**1**	UBS Bom Retiro – Dr. Octavio Augusto Rodovalho	35	100,0
		Subtotal	**35**	**100,0**
		Total	**501**	**100,0**

Fonte: Coordenações de Recursos Humanos da SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

Tabela 12. Distribuição dos profissionais de ambos os sexos de acordo com os Tipos de Unidades de Saúde. SMS, 2008.

Sexo	Tipos de unidades de saúde						Total	
	AP		MISTA		PSF			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	1.606	79,5	1.216	79,4	1.186	83,6	4.008	80,7
Masculino	413	20,5	315	20,6	232	16,4	960	19,3
Total	**2.019**	**40,6**	**1.531**	**30,8**	**1.418**	**28,5**	**4.968**	**100,0**

Fonte: Coordenações de Recursos Humanos de SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

Tabela 13. Distribuição dos profissionais de diferentes faixas etárias de acordo com os Tipos de Unidades de Saúde. SMS, 2008.

Faixa etária	Tipos de unidades de saúde			
	AP		MISTA	
	n	%	n	%
Menos de 20 anos	0	0	1	0,1
De 21 a 29 anos	77	3,8	161	10,5
De 30 a 39 anos	221	10,9	198	12,9
De 40 a 49 anos	714	35,4	346	22,6
De 50 a 59 anos	735	36,4	337	22
60 anos ou mais	254	12,6	93	6,1
Sem Informação	18	0,9	395	25,8
Total	**2.019**	**100,0**	**1.531**	**100,0**

Fonte: Coordenações de Recursos Humanos de SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

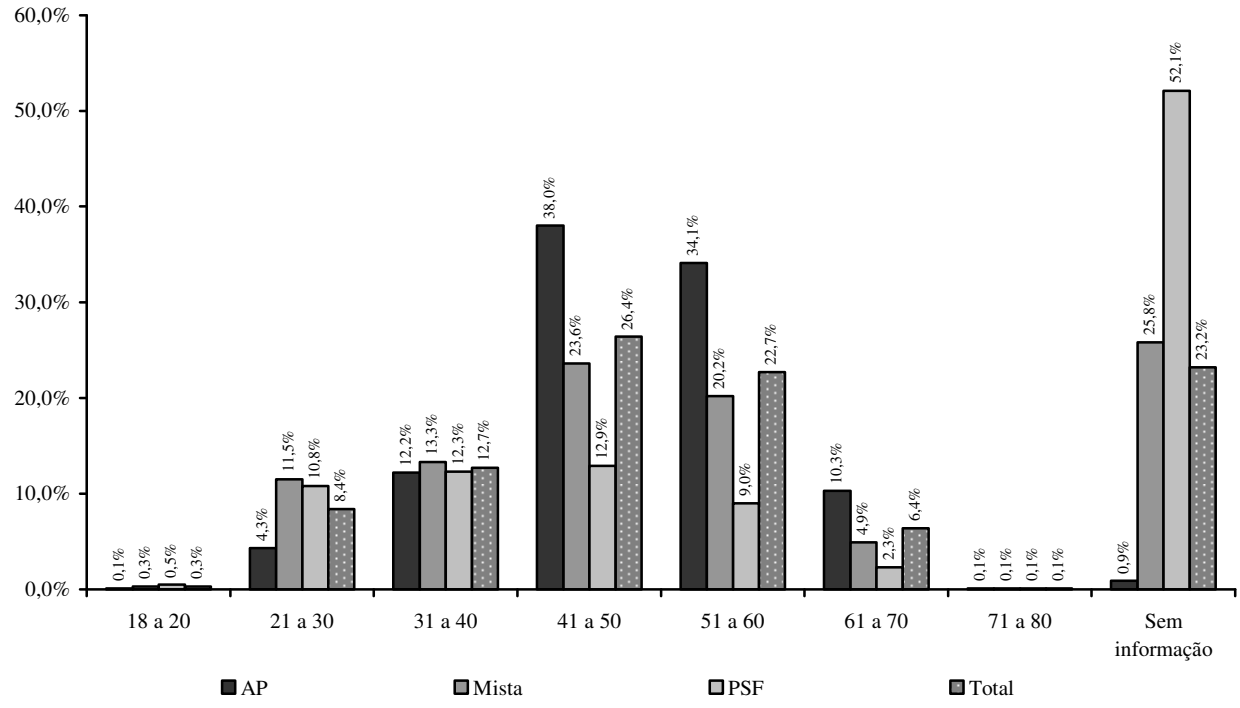


Figura 9. Distribuição dos profissionais de diferentes faixas etárias de acordo com os Tipos de Unidades de Saúde. SMS, 2008. (Fonte: Coordenações de Recursos Humanos de SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008).

Na distribuição por modelo de organização da UBS, o número de profissionais para os quais não se obteve informação sobre a idade variou entre 0,9% para os profissionais das Unidades AP, 25,8% para os das Unidades Mistas e 52,1% para os das Unidades PSF. Uma das hipóteses é que a SMS/SP e as UBS tenham poucas informações sobre os recursos humanos das equipes de Saúde da Família, porque, em sua maioria, são contratados pelas Instituições Parceiras e não diretamente pela SMS/SP. Diante desse fato, não consideramos a distribuição dos trabalhadores nas unidades exclusivamente PSF de acordo com a faixa etária.

Tanto nas Unidades AP como nas Unidades Mistas, o maior percentual de profissionais encontrava-se nas faixas etárias de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos: respectivamente 35,4% e 36,4% dos que trabalhavam nas AP e, respectivamente, 22,6% e 22,0% dos que trabalhavam nas Unidades Mistas. Para as Unidades PSF, não foi possível a identificação das faixas etárias pelos motivos explicitados anteriormente.

2.2.3 Naturalidade

Os trabalhadores que atuavam nas UBS pesquisadas, na sua maioria (72,6%), eram naturais da região Sudeste do país; já o menor percentual (0,4%) era natural da região Centro-Oeste. Os profissionais provenientes da região Nordeste representavam 9,5% desses trabalhadores. O número de profissionais provenientes de outros países era muito pequeno: apenas 1%.

A predominância de trabalhadores naturais da Região Sudeste se manteve nos três tipos de unidades: eram naturais do sudeste 78,1% dos inseridos nas Unidades AP, 66,4% dos inseridos nas Unidades Mistas, e 71,4% dos trabalhadores das Unidades organizadas exclusivamente sob o modelo do PSF.

Os trabalhadores provenientes da Região Sudeste, em sua quase totalidade (93,0%), nasceram no estado de São Paulo; apenas 3,7% eram naturais do estado de Minas Gerais. Os profissionais provenientes de outros países, na sua maioria, vieram da Bolívia e de Portugal.

2.2.4 Nível de Estudo e Cargo Ocupado

Nesta pesquisa, considerou-se como formação do universo dos trabalhadores **o nível de escolaridade exigido para o cargo** pela SMS/SP, e não o nível de escolaridade que cada profissional ou trabalhador possuía, uma vez que esta informação não constava dos bancos de dados fornecidos inicialmente pela Coordenadoria de RH da SMSSP. É importante considerar que as exigências da SMSSP, quanto à escolaridade, para a ocupação dos cargos eram:

a) Para Cargos de Nível Superior: nível superior completo;

b) Para Cargos de Nível Médio: escolaridade de nível médio (até o 3º Colegial);

c) Para Cargos de Nível Operacional: escolaridade de nível fundamental (até a 8ª série).

Seguindo esses critérios, verificou-se que 38,6% dos 4.968 trabalhadores das UBS da Regional de Saúde Norte e da STS Sé ocupavam cargos que exigiam Nível Médio de escolaridade; 30,8%, cargos que exigiam Nível Superior completo, e 30,5%, cargos que exigiam apenas Nível Fundamental de escolaridade, mesmo que incompleto (Figura 10; Tabela 14).

Nas Unidades AP, os trabalhadores com cargo de Nível Médio se destacavam com um percentual de 44,7%. Nesse mesmo tipo de Unidade, o menor percentual era de trabalhadores que ocupavam cargos de Nível Operacional (16,3%). Nas Unidades Mistas também se verificava maior concentração dos trabalhadores em cargos de Nível Médio (37,4%) e menor percentual de profissionais em cargos de Nível Superior (29%). Proporcionalmente, havia mais trabalhadores em cargos de Nível Operacional nas Unidades PSF (47,5%), contra 33,6% dos trabalhadores das Unidades Mistas e 16,3% das Unidades AP. Esta situação pode ser explicada, provavelmente, pela presença dos Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades de Saúde da Família, o que não ocorria nas AP e ocorria em pequena proporção nas Unidades Mistas. Nas Unidades do PSF, foi identificado também menor percentual de profissionais em cargos de Nível Superior (21,1%), considerando-se a composição das equipes mínimas.

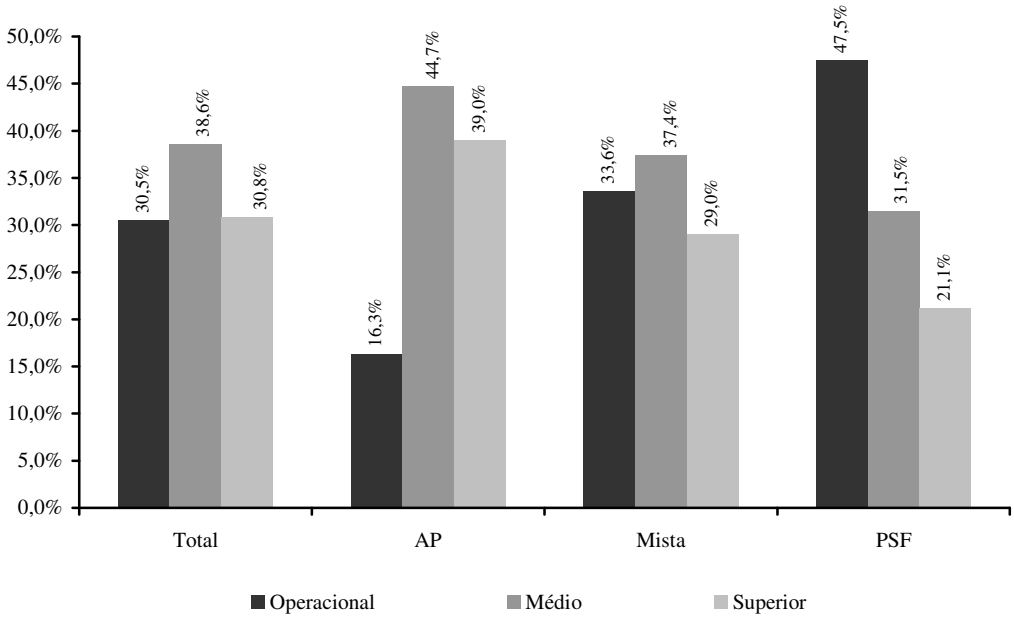


Figura 10. Distribuição dos profissionais de diferentes Tipos de Unidades de Saúde de acordo com o nível de escolaridade. SMS, 2008. (Fonte: Coordenações de Recursos Humanos de SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008).

Tabela 14. Distribuição dos profissionais de diferentes níveis de escolaridade de acordo com os Tipos de Unidades de Saúde. SMS, 2008.

Nível do cargo ocupado nas UBS	Tipos de unidades de saúde						Total	
	AP		MISTA		PSF			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Operacional	329	16,3	515	33,6	673	47,5	1.517	30,5
Médio	902	44,7	572	37,4	446	31,5	1.920	38,6
Superior	788	39,0	444	29,0	299	21,1	1.531	30,8
Total	**2.019**	**40,6**	**1.531**	**30,8**	**1.418**	**28,5**	**4.968**	**100,0**

Fonte: Coordenações de Recursos Humanos de SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

Na distribuição dos grupos, pode-se perceber que os profissionais em cargos de Nível Superior e trabalhadores de Nível Médio eram mais frequentes nas Unidades AP: 47% desses tinham escolaridade de Nível Médio e 51,5%, Nível Superior. Proporcionalmente, encontrou-se menor percentual de trabalhadores em cargos de Nível Médio, isto é, 23,2%, e em cargos de Nível Superior (19,5%) nas Unidades de modelo exclusivo de Saúde da Família. Já quanto ao número de trabalhadores em cargos de Nível Operacional, o quadro se inverteu: o maior percentual de trabalhadores em cargos de Nível Operacional (44,4%) estava nas UBS de modelo exclusivo de Saúde da Família.

Em cada um dos Níveis – Operacional, Médio e Superior, estavam agrupados diversos tipos de ocupações e profissões, conforme listagem fornecida pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2008). As Tabelas 15 a 17 detalham esses dados e oferecem os quantitativos por Nível.

Nos cargos que exigiam apenas o nível fundamental de escolaridade, isto é, cargos de Nível Operacio-

nal, observou-se importante concentração de Agentes Comunitários de Saúde (67,8%); nos de Nível Médio, o maior percentual encontrado foi de Auxiliares de Enfermagem (55,2%). Em relação aos cargos de Nível Superior, a maior concentração encontrada foi de Médicos (45,2%).

Nas Unidades do modelo Saúde da Família, 91,5% dos trabalhadores de Nível Operacional eram Agentes Comunitários de Saúde, e nas Unidades Mistas, os ACS representavam 80,2% dos trabalhadores de Nível Operacional. Já nas Unidades AP, o maior percentual de trabalhadores de Nível Operacional era de Agentes de Apoio (29,8%).

Nos cargos que exigiam Nível Médio de escolaridade, os Auxiliares de Enfermagem estavam em maior número tanto nas Unidades AP quanto nas Mistas e nas PSF. Representavam, respectivamente, 52,4%, 60,0% e 54,7%.

Pôde-se observar que, nos cargos de Nível Superior, embora os médicos ocupassem o maior número de cargos no universo analisado, quando essa informação era analisada por modelo de organização da UBS, os Enfermeiros sobressaíam nas Unidades PSF, nas quais totalizavam 35,1% dos profissionais de nível universitário, enquanto os Médicos totalizavam 34,4%. Mas, nas Unidades AP ou nas Mistas, os Médicos constituíam o maior contingente de profissionais de nível superior: 47,7% dos profissionais nas Unidades AP e 48% dos profissionais nas Unidades Mistas.

Observou-se, ainda, que, apesar de o Cargo de Coordenador de Unidade de Saúde exigir Nível Superior, havia um profissional nesse cargo que possuía apenas o Nível Médio. Em relação aos Cirurgiões Dentistas, nos três modelos de atenção, constatou-se distribuição mais equilibrada: 18,3% em Unidades AP, 17,1% em Unidades PSF, e menor presença desses profissionais nas Unidades Mistas (11,7%).

Tabela 15. Distribuição dos profissionais de Nível Operacional de acordo com os cargos ocupados. SMS, 2008.

Cargos ocupados	**n**	%
ACS	1.029	20,7
AGENTE DE APOIO	180	3,6
Aux. De serviços gerais	112	2,3
Atendente	101	2,0
Atend enfermagem	25	0,5
Visitador sanitário	20	0,4
Vigia	18	0,4
Aux. De serviços	10	0,2
Servente	8	0,2
Motorista	3	0,1
Agente de portaria	1	0,0
Agente de serviços	1	0,0
Aux. Almoxarifado	1	0,0
Aux. Apoio adm coz	1	0,0
Aux. Apoio adm – zelad	1	0,0
Aux. De creche	1	0,0
Aux. Serv s-labor	1	0,0
Aux. Serv s-zoonoses	1	0,0
Oficial serv manutenção	1	0,0
Recreacionista	1	0,0
Trabalhador braçal	1	0,0
Subtotal	**1.517**	**30,5**
Universo Total	**4.968**	**100,0**

Fonte: Coordenações de Recursos Humanos de SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

Tabela 16. Distribuição dos profissionais de Nível Médio de acordo com os cargos ocupados. SMS, 2008.

Cargos ocupados	n	%
Aux. De enfermagem	1.060	21,3
AGPP	552	11,1
Aux. de consultório dentário	130	2,6
Aux. administrativo	68	1,4
Oficial administrativo	43	0,9
Técnico saúde – farmácia	14	0,3
Técnico saúde – higiene dental	14	0,3
Técnico radiologia	6	0,1
ATA	5	0,1
Agente administrativo	4	0,1
Aux. Técnico administrativo	4	0,1
Técnico de farmácia	4	0,1
Assistente administrativo	3	0,1
Aux. Técnico de saúde	3	0,1
Enc setor técnico	2	0,0
Encarregada de equipe	2	0,0
Assistente financeiro	1	0,0
Aux. técnico adm telcom	1	0,0
Aux. técnico s-eletrocardiograma	1	0,0
Coordenador unidade de saúde	1	0,0
Téc. Prova Função Pulmonar	1	0,0
Técnico saúde – Prótese dentária	1	0,0
Subtotal	**1.920**	**38,6**
Universo total	**4.968**	**100,0**

Fonte: Coordenações de Recursos Humanos de SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

2.3 Os trabalhadores das Unidades de Saúde entrevistados pelo sistema ETAC

Na amostra de 621 profissionais entrevistados pelo sistema ETAC, 41,2% (256) atuavam em Unidades do modelo AP, 33,3% (208) em Unidades de modelo Misto, e 25,3% (157) em Unidades do modelo PSF.

2.3.1 Categorias profissionais / ocupações

Do ponto de vista das categorias profissionais e ocupacionais, e sua distribuição por modelo de organização das Unidades, os 621 entrevistados apresentaram a seguinte distribuição: 7,1% eram Agentes Comunitários de Saúde; 17,6%, Auxiliares de Enfermagem; 14,0% pertenciam à Equipe Administrativa; 14,0% eram Coordenadores ou Gerentes das unidades; 17,4%, Médicos; 17,4%, Enfermeiros. Por fim, 12,6% pertenciam à Equipe Ampliada (pessoal de nível universitário, não médico ou enfermeiro), dentre os quais 13 Assistentes Sociais, 44 Cirurgiões-Dentistas, três Educadores em Saúde Pública, um Farmacêutico, um Fisioterapeuta, um Fonoaudiólogo, três Nutricionistas, 11 Psicólogos, e um Terapeuta Ocupacional (Tabela 18; Figura 11).

2.3.2 Sexo

O maior percentual de entrevistados era do sexo feminino: 79,4% contra 20,6% do sexo masculino. Em todos os modelos de organização, o sexo feminino predominou: 80,1% nas Unidades AP; 79,3% nas Mistas; 78,3% nas Unidades PSF, confirmando a tendência dos dados gerais (Figura 12).

Tabela 17. Distribuição dos profissionais de Nível Superior de acordo com os cargos ocupados. SMS, 2008.

CARGOS OCUPADOS	n	%
Médico	692	13,9
Enfermeiro	300	6,0
Cirurgião dentista	247	5,0
Coordenador unidade de saúde	86	1,7
Psicólogo	67	1,3
Assistente social	58	1,2
Fonoaudiólogo	22	0,4
Educador em saúde publica	19	0,4
Fisioterapeuta	9	0,2
Terapeuta ocupacional	9	0,2
Nutricionista	8	0,2
Chefe de Seção	3	0,1
Farmacêutico	2	0,0
Pesquisador	2	0,0
Supervisor de curso	2	0,0
Assistente técnico	1	0,0
Chefe Sup. Administrativo	1	0,0
Ger. Serv. de saúde	1	0,0
Gerente	1	0,0
Programador	1	0,0
Subtotal	**1.531**	**30,8**
Universo total	**4.968**	**100,0**

Fonte: Coordenações de Recursos Humanos de SMSSP. Instituições Parceiras da SMSSP, 2008.

Tabela 18. Distribuição de profissionais Entrevistados de diferentes Categorias Profissionais de acordo com o Tipo de Unidade. (ObservaRHSP, 2008).

Categorias profissionais	Tipos de unidade			Total	%
	AP	MISTA	PSF		
Agente Comunitário	0	21	23	**44**	**7,1**
Assistente Social	7	3	3	**13**	**2,1**
Auxiliar de Enfermagem	44	42	23	**109**	**17,6**
Cirurgião-Dentista	20	9	15	**44**	**7,1**
Educadora em Saúde Pública	3	0	0	**3**	**0,5**
Enfermeiro	43	42	23	**108**	**17,4**
Equipe Administrativa	43	21	23	**87**	**14,0**
Farmacêutica (Equipe Ampliada)	0	1	0	**1**	**0,2**
Fisioterapeuta (Equipe Ampliada)	1	0	0	**1**	**0,2**
Fonoaudióloga (Equipe Ampliada)	1	0	0	**1**	**0,2**
Gerente	43	21	23	**87**	**14,0**
Médico	43	42	23	**108**	**17,4**
Nutricionista (Equipe Ampliada)	1	2	0	**3**	**0,5**
Psicóloga (Equipe Ampliada)	7	3	1	**11**	**1,8**
Terapeuta Ocupacional (Equipe Ampliada)	0	1	0	**1**	**0,2**
Total	**256**	**208**	**157**	**621**	**100,0**

Fonte: Pesquisa ObservaRH. São Paulo, 2008.

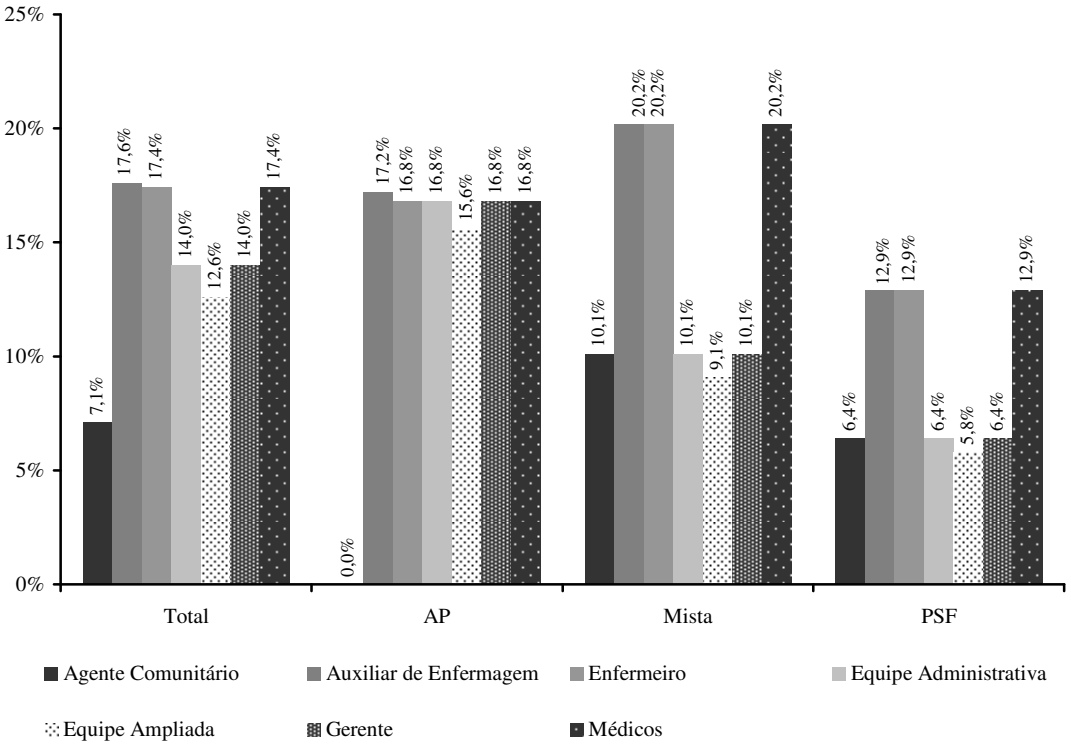


Figura 11. Distribuição de Trabalhadores Entrevistados de diferentes Modelos de Atenção de acordo com as Categorias Profissionais. (ObservaRHSP, 2008).

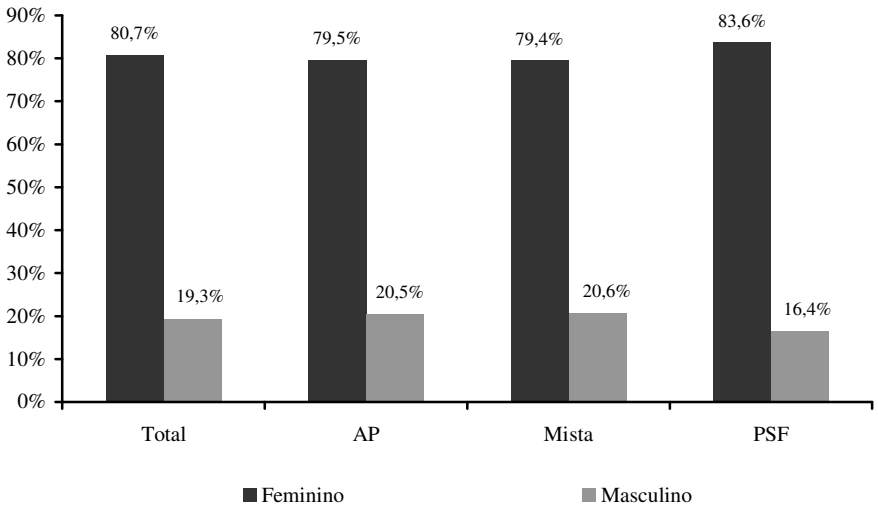


Figura 12. Distribuição dos profissionais de dos diferentes Tipos de Unidade de acordo com o sexo. (ObservaRHSP, 2008).

Em todas as categorias profissionais o sexo feminino também foi predominante, especialmente entre os enfermeiros, caso em que chegou a 90,3%. No entanto, a tendência à feminização foi menor entre os médicos: 56,4%.

2.3.3 Faixa Etária

Dentre os trabalhadores entrevistados, a faixa etária mais frequente foi a de 40 a 49 anos, na qual se encontravam 36,2%; em seguida, outro contingente de 31,4% tinha entre 50 e 59 anos. Somando-se os dois contingentes, 67,6% dos entrevistados tinham entre 40 e 59 anos, o que aponta para o predomínio de trabalhadores com idades mais avançadas também nessa amostra da força de trabalho da Atenção Básica na região. Tal tendência foi confirmada pelo fato de apenas 0,3% ter menos de 20 anos.

Na distribuição dos entrevistados por modelo de organização das UBS, a predominância de pessoas entre 40 e 49 anos, seguida dos da faixa etária de 50 a 59 anos, manteve-se. Entre 40 e 49 anos, encontravam-se 41% dos trabalhadores das Unidades AP, 33,7% dos das Unidades Mistas e 31,8% dos das Unidades PSF. Entre 50 e 59 anos, encontravam-se 40,2% dos trabalhadores das Unidades AP, 28,4% das Unidades Mistas e 21% das Unidades PSF. O envelhecimento da força de trabalho, embora tenha sido uma tendência encontrada nas UBS organizadas sob os três modelos, foi mais acentuado entre os que trabalhavam nas unidades de e menos entre os que trabalhavam nas unidades PSF, nas quais foram entrevistados profissionais com menos de 20 anos (Figura 13).

Uma das hipóteses para esse fato é a implantação recente do PSF no município, a partir de 2001, e realizada por meio de convênios da SMS/SP com instituições parceiras que contrataram as equipes pelo regime da CLT, enquanto os trabalhadores das UBS no modelo AP são concursados antigos, no regime estatutário.

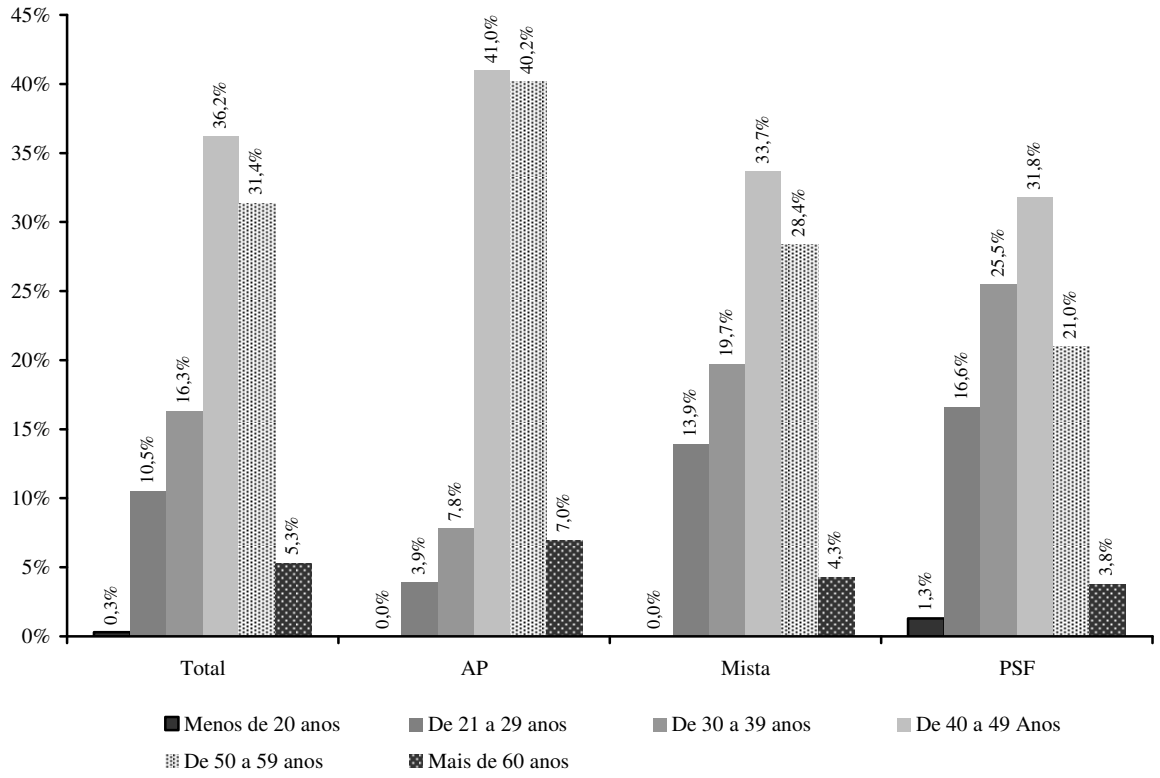


Figura 13. Distribuição dos profissionais dos diferentes Tipos de Unidade de acordo com a faixa etária. (ObservaRHSP, 2008).

2.3.4 Estado Civil

O maior número de entrevistados (55,6%) era casado; 27,2% eram solteiros e 2,9% viviam em União Consensual. Nas Unidades AP, 60,2% dos entrevistados eram casados e 20,3%, solteiros; nas Unidades Mistas, 50% eram casados e 31,7%, solteiros; e nas Unidades PSF, encontraram-se 55,4% de casados e 32,5% de solteiros. O número de entrevistados divorciados apresentou menor percentual em Unidades PSF (5,7%), conforme Figura 14.

2.3.5 Número de Filhos

Do total de entrevistados, 51% tinham um ou dois filhos; 29% não tinham filhos; 18,8% tinham três ou quatro filhos; apenas 1,1% tinham cinco ou mais filhos.

Em todos os tipos de UBS prevaleceram entrevistados com um ou dois filhos, sendo que, nas Unidades AP, representavam 53,1%; nas Unidades Mistas, 50,5%; nas Unidades PSF, 48,4%.

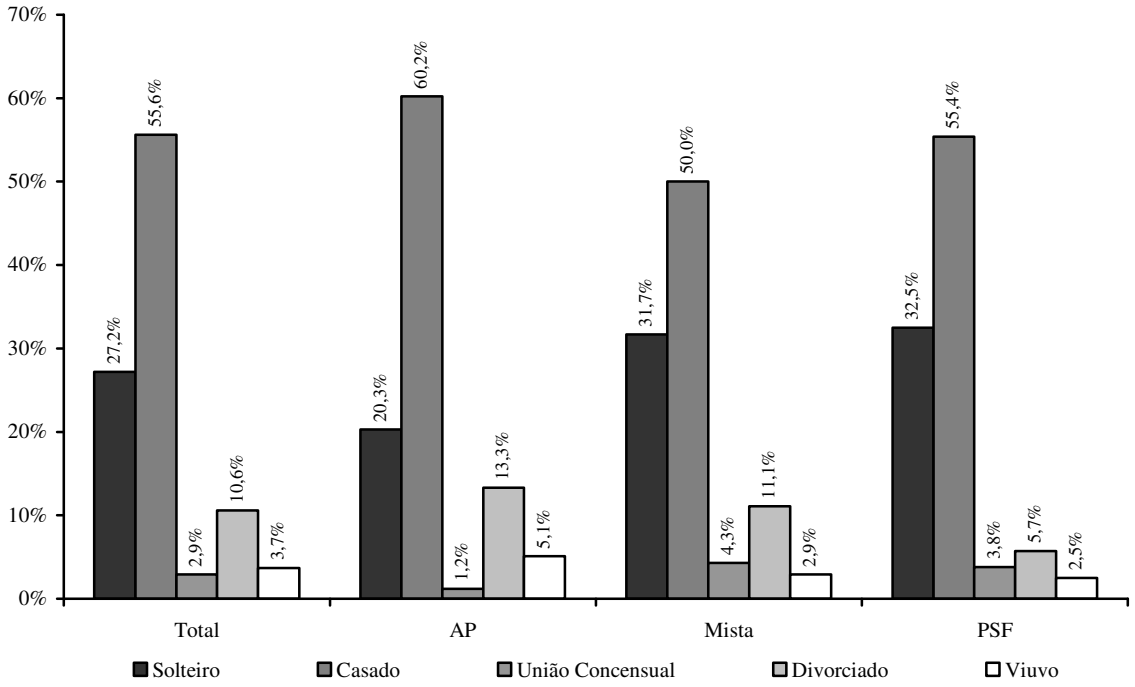


Figura 14. Distribuição dos Profissionais dos diferentes Tipos de Unidade de acordo com o Estado Civil. (ObservaRHSP, 2008).

Observou-se que, tanto nas Unidades Mistas quanto nas PSF, o segundo maior percentual foi de entrevistados que não tinham filhos, correspondendo a 29,8% dos que trabalhavam em Unidades Mistas e a 38,2% dos que trabalhavam em Unidades PSF. Nas Unidades AP, o segundo maior percentual de trabalhadores e profissionais (23%) tinha três ou quatro filhos (Figura 15).

2.3.6 Naturalidade

A maioria dos entrevistados (61,4%) era nascida no próprio município de São Paulo, enquanto 18,7% nasceram no interior do estado de São Paulo; também outros 18,7% haviam nascido em outros estados do país.

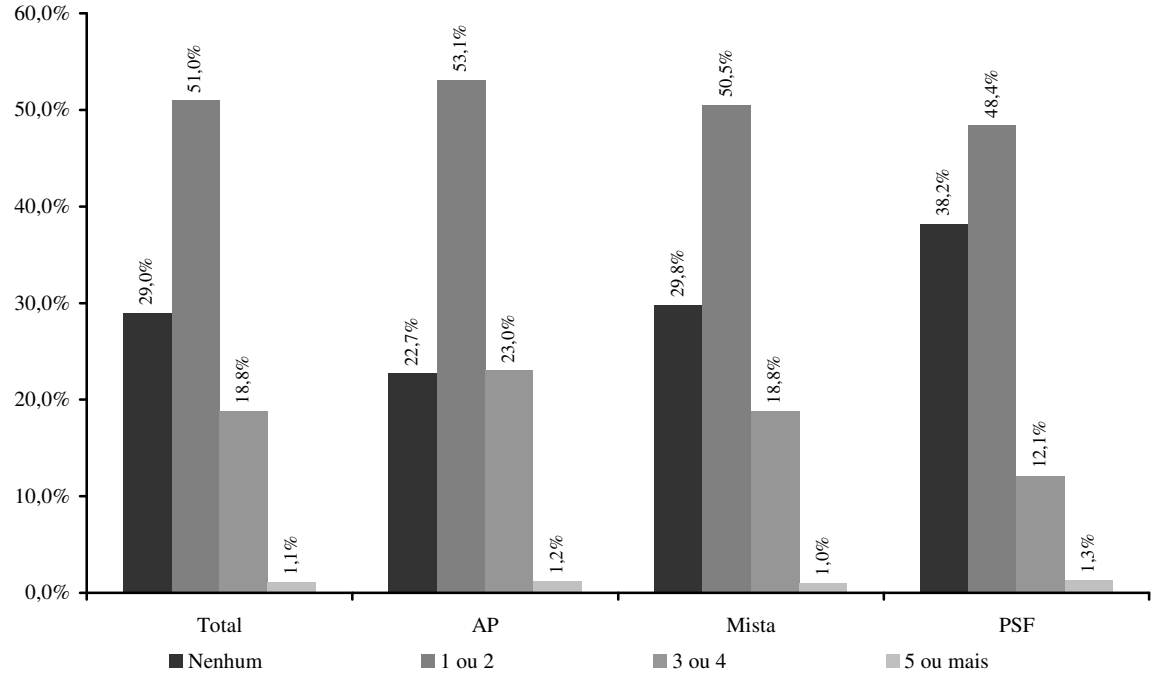


Figura 15. Distribuição dos Profissionais dos diferentes Tipos de Unidade de acordo com o Número de Filhos. (ObservaRHSP, 2008).

O menor percentual foi de entrevistados nascidos em outros países (1,3%). Pôde-se verificar que, também na distribuição por modelo de organização das Unidades, os entrevistados nascidos no município de São Paulo eram maioria: nas Unidades AP representavam 66%; nas Unidades Mistas, 54,3%; nas Unidades PSF, 63,1%. Os nascidos no interior do estado de São Paulo constituíam o segundo contingente dos que trabalhavam nas Unidades de modelo AP, nas quais perfaziam 16,4% dos trabalhadores, e nas Unidades PSF, nas quais perfaziam 19,7%. Já nas Unidades Mistas, o segundo maior contingente encontrado foi de trabalhadores nascidos em outros estados (24%), conforme Figura 16.

2.3.7 Escolaridade

Nível Fundamental: dos 621 entrevistados, apenas dois deles não haviam concluído o Ensino Fundamental, sendo que um deles trabalhava em uma Unidade do Modelo AP e o outro em uma Unidade Mista, pertencendo, ambos, às equipes administrativas dessas unidades.

Nível Médio: 96,1% dos trabalhadores entrevistados completaram o nível médio; 0,3% cursou até o segundo ano; 0,8%, apenas o primeiro ano; 2,7% não iniciaram esse nível de escolaridade, e a maioria desses últimos (47,1%) estava trabalhando em unidades de. Dentre os trabalhadores que não iniciaram o Ensino Médio, cinco eram Agentes Comunitários de Saúde; três eram Auxiliares de Enfermagem; e nove pertenciam às equipes administrativas das Unidades. Relacionando o nível de escolaridade com a categoria profissional, constatou-se que 88,6% dos Agentes Comunitários de Saúde haviam completado o Ensino Médio, ocorrendo o mesmo com 94,5% dos Auxiliares de Enfermagem e com 85,0% dos componentes das equipes administrativas.

Nível Superior: dos profissionais entrevistados, 70,2% iniciaram cursos de Nível Superior e, desses, 91,3% os concluíram. Nas Unidades AP, 96,8% dos entrevistados concluíram a graduação; nas Unidades Mistas, 88,2%; e nas Unidades PSF, 85,6%.

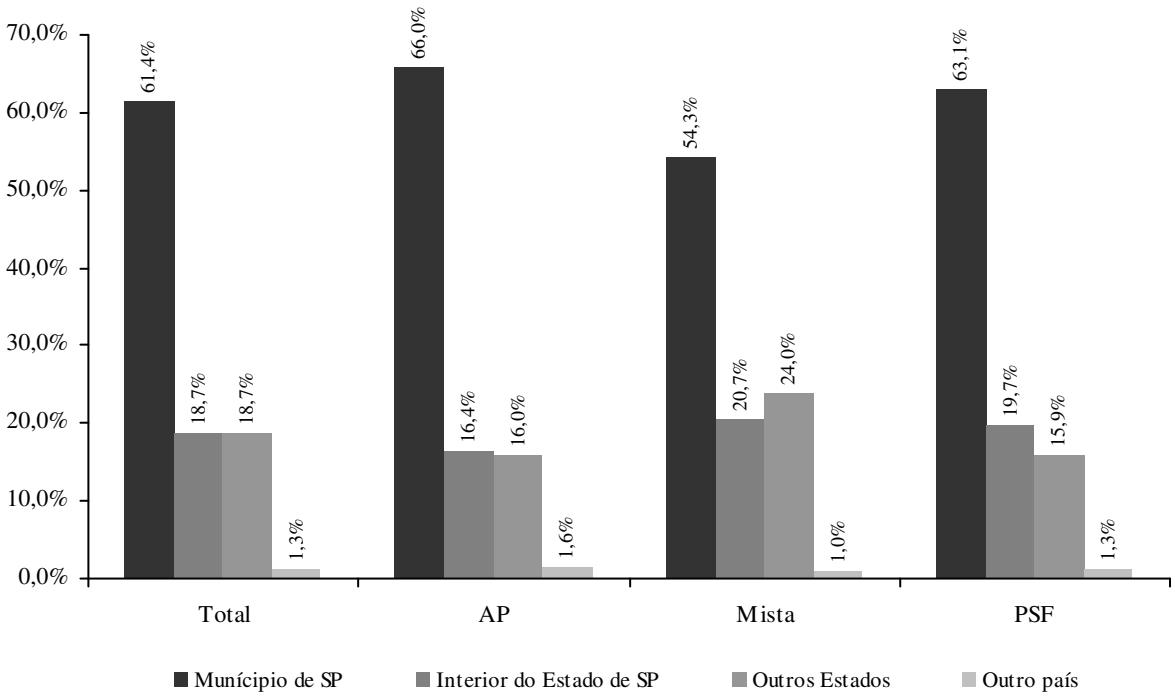


Figura 16. Distribuição dos profissionais dos diferentes Tipos de Unidade de acordo com a Naturalidade. (ObservaRHSP, 2008).

Cursos de Especialização: 52,8% dos profissionais entrevistados fizeram cursos de especialização, em um total de 557 cursos (Tabela 19). Desse modo, 328 trabalhadores (30,2%) fizeram um Curso de Especialização; 44,2% fizeram dois cursos; 18,0% fizeram três cursos; 7,3% fizeram quatro cursos; e 0,3%, cinco cursos, o que aponta para uma força de trabalho qualificada e que continua a sua formação, em geral propiciada pela própria administração pública.

Tabela 19. Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com o número de Cursos de Especialização realizados. (ObservaRHSP, 2008).

Número de Cursos de Especialização	n	%
Um Curso	99	30,2
Dois Cursos	145	44,2
Três Cursos	59	18,0
Quatro Cursos	24	7,3
Cinco Cursos	1	0,2
Total	**328**	**100,0**

Observando-se a distribuição dos profissionais com Curso de Especialização por modelo de organização das Unidades em que trabalhavam, observou-se essa formação entre 58,2% dos que trabalhavam nas Unidades AP, em 51,9% nas Unidades Mistas e em 45,2% nas Unidades PSF. Havia, portanto, mais profissionais com Cursos de Especialização nas Unidades do Modelo de Organização AP (Figura 17).

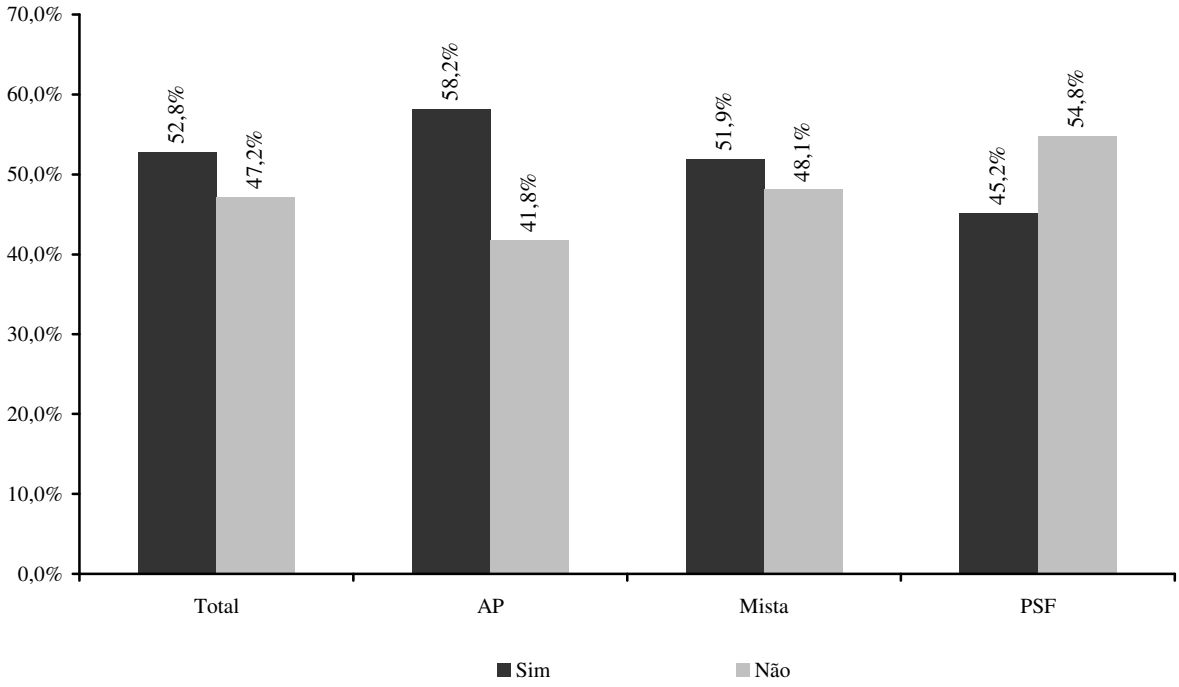


Figura 17. Distribuição dos profissionais dos diferentes Tipos de Unidades de acordo com a realização de Cursos de Especialização. (ObservaRHSP, 2008).

Na Tabela 20 está apresentada a distribuição dos 557 cursos de Especialização frequentados por 328 dos entrevistados. Dentre os classificados como "outros", foram referidos em frequências baixas cursos nas áreas de cirurgia, ortopedia, família, vigilância, autoria, nutrição e oftalmologia.

Cursos Técnicos: dentre os entrevistados, 32,0% informaram ter realizado cursos de Nível Técnico e, dentre esses, 33,2% trabalhavam em Unidades do modelo AP, 36,7% em Unidades de modelo Misto, e 30,1% em Unidades de modelo PSF (Tabela 21). O curso técnico concluído com maior frequência pelos entrevistados foi o de Técnico de Enfermagem, cursado por 59,9%; os de administração, contabilidade, informática e magistério apareceram, em seguida, mas em porcentagens muito pequenas: respectivamente 5,7%, 5,2%, 5,5% e 4,2% (Tabela 22).

Dentre os cursos técnicos classificados como "outros" foram encontrados: eletrônica, enfermeiro do trabalho, instrumentação cirúrgica, secretariado, técnico em higiene dental, agropecuária, economia doméstica, hemoterapia, prótese e radiologia.

2.3.8 Capacitação e Treinamentos para trabalhar na Atenção Básica

Dentre os entrevistados, 68,3% informaram que foram capacitados para trabalhar na Atenção Básica, a saber: 39,5% foram capacitados para trabalhar apenas no modelo AP; 25,3%, apenas para trabalhar no PSF; e 3,5% para trabalhar nos programas tanto do modelo de Ação Programática quanto do modelo PSF. Chamou a atenção, no entanto, a informação de 31,4% dos entrevistados de que não receberam capacitação para trabalhar em nenhum dos modelos da Atenção Básica (Tabela 23).

Tabela 20. Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com os Cursos de Especialização realizados. (ObservaRHSP, 2008).

Cursos de especialização	n	%
Saúde pública, preventiva, coletiva, medicina preventiva e social	139	25,0
Pediatria geral e adolescentes, infectologia, neonatologia, nefrologia, puericultura	65	11,7
Clínica médica, cardiologia, clínica geral, geriatria e gerontologia, dermatologia, doença crônica, medicina interna, pneumologia, médica cirúrgica, nefrologia, neurologia, medicina do trabalho tb, reumatologia, endocrinologia, gastro, generalista	51	9,2
Ginecologia e obstetrícia	40	7,2
Programa de saúde da família, medicina da família	35	6,3
GERUS	33	5,9
Formação pedagógica: educação em saúde, saúde pública, serviços de saúde, grupos operativos, licenciatura em enfermagem, psicopedagogia, licenciatura com habilitação em pedagogia em enfermagem, administração escolar e licenciatura	31	5,6
Administração, administração hospitalar, gerência, gestão pública	27	4,8
Saúde mental: em saúde pública, psicanálise, psicodrama, psicologia clínica, hospilatar, social, psicoterapia, psiquiatria, terapia comunitária e familiar, dependência química, saúde reprodutiva, sexualidade humana	26	4,7
Odontologia: dentística restauradora e estética, cirurgia oral, endodontia, odontologia do trabalho, ortodontia, estomatologia, odontopediatria, ortodontia preventiva e corretiva, bucomaxilo, ortodontia, implantodontia	19	3,4
Acupuntura	18	3,2
Terapias alternativas e complementares: cognitiva, construtivista, medicina chinesa, homeopatia	14	2,5
Enfermagem: do trabalho, obstétrica, pediátrica, cuidados intensivos	11	2,0
Atendimento pré-hospitalar, terapia intensiva, emergência, uti, terapias intensivas, uti neonatal e pediátrica	10	1,8
Outros	38	6,8
Total	**557**	**100,0**

Tabela 21. Distribuição dos profissionais entrevistados dos diferentes Tipos de Unidade de acordo com a realização de Cursos Técnicos. (ObservaRHSP, 2008).

Realização de cursos técnicos	Tipos de unidades			Total	%
	AP	MISTA	PSF		
Sim	66	73	60	199	32,0
Não	190	135	97	422	68,0
Total	**256**	**208**	**157**	**621**	**100,0**

Tabela 22. Distribuição dos profissionais entrevistados dos diferentes Tipos de Unidade de acordo com os Cursos Técnicos realizados. (ObservaRHSP, 2008).

Cursos técnicos	Tipos de unidade			Total	%
	AP	MISTA	PSF		
Técnico enfermagem	40	51	36	127	59,9
Administração, administração hospitalar	2	3	7	12	5,7
Contabilidade	2	4	5	11	5,2
Informática	3	4	4	11	5,2
Magistério	2	6	1	9	4,2
Patologia clínica	4	0	1	5	2,4
Laboratório	3	0	1	4	1,9
Mecânica	1	2	1	4	1,9
Desenho industrial e mecânico, publicidade	1	1	1	3	1,9
Farmácia	2	0	1	3	1,4
Outros	8	7	7	22	10,4
Total	**68**	**78**	**65**	**211**	**100,0**

Tabela 23. Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com o número de Capacitações realizadas. (ObservaRHSP, 2008).

Tipo de capacitação para trabalhar na Atenção Básica	n	%
Capacitação para AP	245	39,5
Capacitação para PSF	157	25,3
Capacitação para AP e PSF	22	3,5
Não fez capacitação	195	31,4
N/R	2	0,3
Total	**621**	**100,0**

Dentre os 251 entrevistados que responderam ter frequentado cursos para trabalhar em UBS modelo AP, a maior porcentagem (28,7%) não informou o curso que havia realizado, ora porque não lembravam ou porque haviam realizado vários cursos. Os cursos mais frequentados por esses trabalhadores foram referentes aos vários programas que integram a Ação Programática. Assim, 16,7% dos entrevistados responderam que frequentaram cursos sobre Saúde da Criança, da Mulher, do Adulto, Mental e Bucal. Outros 12,8%, cursos de Gerência de Unidade Básica de Saúde – GERUS, enquanto 8,4% informaram cursos de imunização, esterilização, curativos. Ainda outros 6% referiram cursos sobre Tuberculose, Hanseníase, Dengue, entre outros; 4,8% referiram Saúde Pública e da Comunidade, e outros 4,4%, recepção, acolhimento, Cartão SUS e outras rotinas. Os cursos do PSF, Momentos I e II, somados, foram frequentados por 4% dos entrevistados (Tabela 24). Outros temas de capacitação citados foram: doenças respiratórias, DST/AIDS, nutrição, políticas de saúde, técnico de farmácia, pedagogia, emergência, família e tracoma.

Quanto à realização de cursos específicos para trabalhar nas equipes do PSF, obtiveram-se 195 respostas positivas, sendo que 33,3% responderam ter realizado o curso introdutório, denominado Momento I, enquanto 22,56% realizaram os Momentos I e II (atualização em clínica). Já outros 21,54% não se lembravam dos cursos realizados ou apenas responderam que realizaram vários cursos, sem especificá-los (Tabela 25). Outras capacitações citadas foram: residência médica, imunização, primeiros socorros, violência e saúde coletiva.

Dentre os entrevistados que integravam, no momento da pesquisa, as equipes de Saúde da Família, 45 haviam trabalhado no Projeto Qualis, 82,2% deles afirmaram ter realizado cursos ou treinamentos para desenvolver seu trabalho, enquanto 17,8% informaram que não tiveram nenhum treinamento.

Tabela 24. Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com os Cursos de Capacitação realizados para trabalhar em Atenção Programática. (ObservaRHSP, 2008).

Cursos para trabalhar em AP (múltipla escolha)	n	%
Não lembra / não sabe / não respondeu / não especifica / vários	72	28,7
Saúde do adulto, criança, adolescente, mental, mulher, trabalhador, reprodutiva, bucal, atenção básica	42	16,7
GERUS	32	12,8
Imunização, esterilização, curativos, procedimentos básicos e primeiros socorros	21	8,4
Tb, hanseníase, dengue e outras	15	6,0
Saúde pública e da comunidade	12	4,8
Recepção, acolhimento, cartão SUS, rotinas	11	4,4
Computação e informática	6	2,4
PSF: Momento I	5	2,0
PSF: Momentos I e II	5	2,0
Vigilância epidemiológica e sanitária	4	1,6
Outros	26	10,36
Total	**251**	**100,00**

Tabela 25. Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com os Cursos de Capacitação realizados para trabalhar em PSF. (ObservaRHSP, 2008).

Cursos para trabalhar no PSF (múltipla escolha)	n	%
PSF: Momento I	65	33,3
PSF: Momentos I E II	44	22,6
Não lembra / não especificou / vários	42	21,6
Ambiente	7	3,4
Especialização saúde da família	6	3,1
GERUS	6	3,1
ACS	4	2,0
Recepção, agendamento e rotinas	4	2,0
Saúde do adulto, criança, adolescente, mental, mulher, trabalhador, reprodutiva, bucal	4	2,0
Tb, hanseníase, dengue	4	2,0
Outros	9	4,6
Total	**195**	**100,00**

2.3.9 Tempo de Atuação na Unidade

Identificou-se que 23,7% dos entrevistados trabalhavam na mesma UBS havia um ou dois anos; 14,2%, havia três ou quatro anos; 20,9%, havia cinco ou seis anos; 12,9%, havia mais de dez anos; e 6,3%, havia mais de 20 anos, o que aponta para um contingente de trabalhadores antigos nessas Unidades.

Quando o tempo de trabalho dos entrevistados na Unidade atual foi relacionado ao modelo de organização, constatou-se, como era de se esperar, que havia proporcionalmente trabalhadores mais antigos nas Unidades AP, dado o tempo da implantação desse modelo na cidade e no Estado de São Paulo, nos anos 1970 e 1980. Foram encontrados, nessas UBS, 28,1% de trabalhadores que ali trabalhavam havia mais de dez ou 20 anos, e apenas 16,8% com menos de um ano ou entre um e dois anos. Já nas Unidades organizadas exclusivamente sob o modelo do PSF, havia proporcionalmente mais entrevistados trabalhando havia menos de um ano ou entre um e dois anos, que, somados, chegam a 52,8%. Esse fato pode ser explicado pelo PSF ter sido assumido, pelo muni-

cípio, em 2001. Apesar de o Qualis já existir desde 1997 na cidade de São Paulo e de ter havido uma expansão progressiva das equipes nos anos posteriores, ao final de 2008 a SMS/SP informava a existência de aproximadamente 1.050 equipes no município. Quanto a trabalhadores antigos nessas Unidades, apenas 9,5% trabalhavam ali havia mais de dez ou mais de 20 anos; eram antigos funcionários da Unidade organizada no modelo AP, que fora transformada em modelo exclusivo PSF depois de 2001.

Já as Unidades Mistas ocupavam uma posição "intermediária" entre as Unidades de modelos "puros" AP e PSF, no que diz respeito à existência de trabalhadores antigos e novos: 15,3% trabalhavam havia mais de dez ou 20 anos, e 34,6%, havia menos de um ou de dois anos (Figura 18).

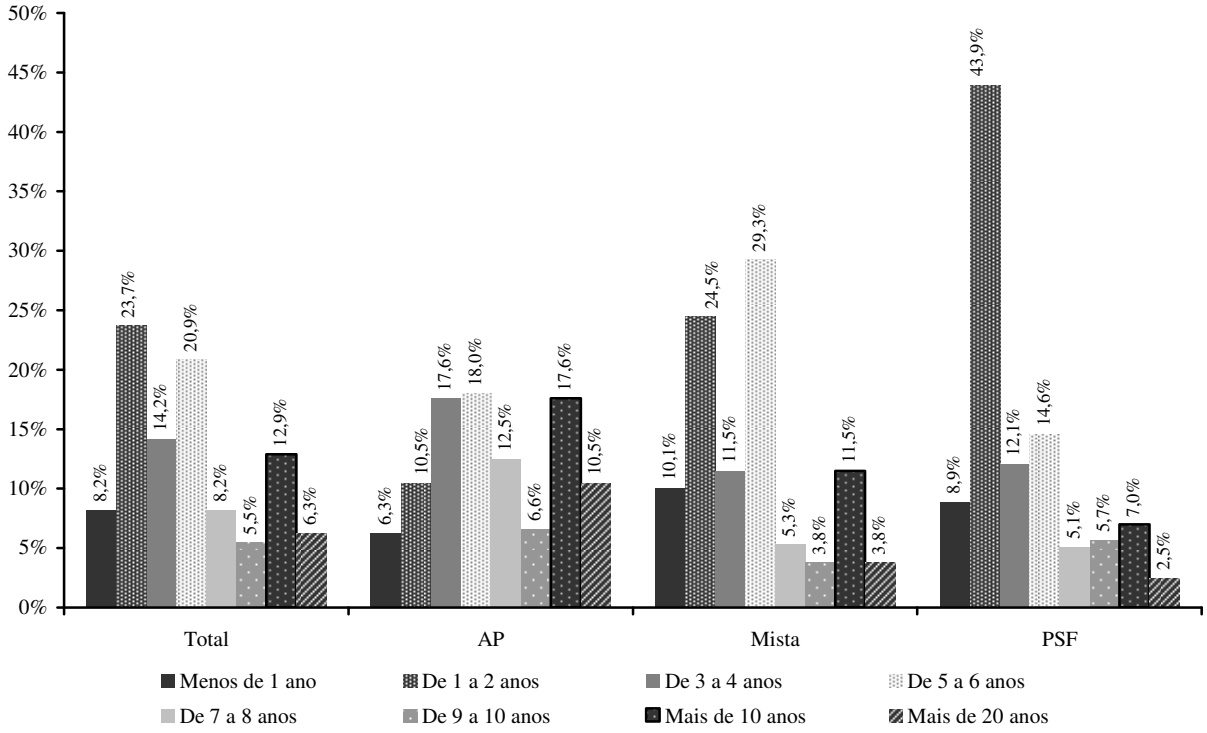


Figura 18. Distribuição dos profissionais dos diferentes Tipos de Unidades de acordo com o tempo de atuação na mesma Unidade. (ObservaRHSP, 2008).

2.3.10 Experiência Anterior de Trabalho

Dentre os entrevistados, 46,7% tiveram experiência de trabalho na área hospitalar antes de trabalhar na Atenção Básica: desses, 50,7% estavam, no momento da pesquisa, trabalhando nas Unidades do modelo AP, 34,1% (99), nas Unidades Mistas, e 15,2%, nas Unidades PSF.

Dentre os profissionais que trabalharam na área hospitalar, 19,3% tinham de um a dois anos de experiência em hospitais; 14,8%, entre três e quatro anos; 18,6%, mais de dez anos, e 15,9%, mais de 20 anos de experiência. Não se conseguiu apurar, entretanto, quantos já haviam deixado o trabalho hospitalar e quantos ainda mantinham os dois tipos de trabalho.

Ao considerar o modelo de organização das Unidades, percebeu-se que, nas Unidades AP, dentre os 147 trabalhadores com experiência hospitalar, 21,8% tinham essa experiência por dois anos; 14,3%, por três a quatro anos; 20,4%, por mais de dez anos; e 14,3% por mais de 20 anos. Juntos, encontrou-se que

38,3% tinham experiência hospitalar havia mais de dez ou 20 anos.

Já os que trabalhavam nas Unidades Mistas seguiam mais ou menos a mesma distribuição dos das Unidades AP em termos de experiência hospitalar: juntos, 37,4% tinham experiência nessa área havia mais de dez ou de 20 anos, e 27,3%, havia três ou quatro anos. Dentre os que trabalhavam em Unidades PSF, 27,1% tinham experiência hospitalar havia mais de dez ou de 20 anos, e 40,9%, entre um e quatro anos.

2.3.11 Contrato de Trabalho

A quase totalidade (92,3%) dos entrevistados que trabalhavam em Unidades organizadas sob o modelo AP ou nos Programas de Saúde das Unidades Mistas era composta de funcionários públicos estatutários e efetivos, e 4,7% eram funcionários públicos regidos pela CLT. Os demais apresentavam duplo vínculo, eram estatutários e recebiam complementação salarial pelas Instituições Parceiras no regime da CLT, e apenas um deles tinha apenas vínculo pela CLT (Tabela 26).

Dentre os entrevistados que trabalhavam nas UBS exclusivas do modelo PSF ou nas equipes de Saúde da Família existentes nas Unidades de modelo Misto, a situação se invertia: 77,0% apresentavam vínculo exclusivo pela CLT, contratados pelas Instituições Parceiras; 14,8% eram funcionários públicos concursados e efetivos, e 6,6% tinham duplo vínculo (estatutário mais CLT, com complementação da Instituição Parceira); 1,2% eram funcionários públicos celetistas (Tabela 27).

Tabela 26. Distribuição dos profissionais da Atenção Programática de acordo com o Tipo de Contrato de Trabalho. (ObservaRHSP, 2008).

Tipo de contrato de trabalho	n	%
Duplo vínculo: estatutário + CLT	2	0,5
Duplo vínculo: estatutário + CLT Parceira	2	0,5
Parceira CLT	1	0,3
Público: estatutário / concursado / efetivo / CLF	336	92,3
Público CLT	17	4,7
Outros	6	1,6
Total	**364**	**100,0**

Tabela 27. Distribuição dos profissionais do PSF por Tipo de Contrato de Trabalho. (ObservaRHSP, 2008).

Tipo de contrato de trabalho	n	%
Duplo vínculo: estatutário + CLT	1	0,4
Duplo vínculo: estatutário + CLT Parceira	17	6,6
Parceira CLT	198	77,0
Público: estatutário / concursado / efetivo / CLF	38	14,8
Público CLT	3	1,2
Total	**257**	**100,0**

2.3.12 Número de serviços de saúde em que os entrevistados trabalhavam

Dentre os 621 trabalhadores entrevistados, 64,7% trabalhavam em uma única Unidade de Saúde; 27,5% trabalhavam em dois locais; 5,6%, em três locais; 1,3%, em quatro locais; e 0,6%, em mais de quatro locais.

Nos três tipos de modelo de organização da Atenção Básica, os maiores percentuais eram de pessoas que trabalhavam apenas naquela Unidade. Nessa situação, encontravam-se 57,4% dos que trabalhavam em Unidades AP, 67,3% dos trabalhadores das Unidades Mistas, e 73,2% dos trabalhadores do PSF. O fato de ser proporcionalmente maior o número de trabalhadores que atuavam em apenas um serviço nas Unidades Mistas e no PSF pode ser atribuído à exigência do trabalho em tempo integral para os componentes das equipes do PSF.

Um segundo grupo de entrevistados trabalhava em dois serviços: 31,3% dos que pertenciam às Unidades AP, 25,5% dos inseridos em Unidades Mistas, e 24,2% dos trabalhadores das Unidades do PSF. Em menor número encontramos, entre os entrevistados, alguns que trabalhavam em três serviços: 8,2% dos que trabalhavam em Unidades AP, 5,8% dos trabalhadores das Unidades Mistas, e 1,3% dos trabalhadores das Unidades do PSF (Figura 19).

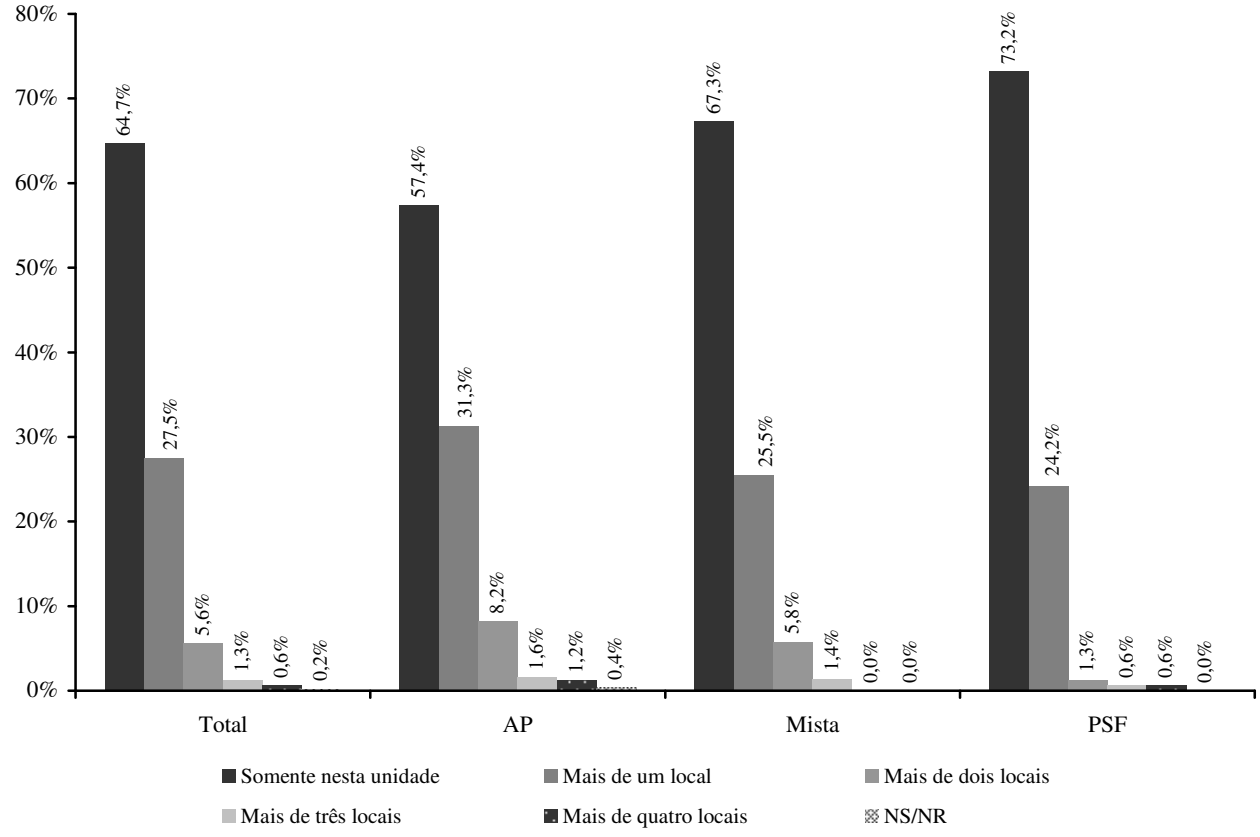


Figura 19. Distribuição dos profissionais dos diferentes Tipos de Unidades de acordo com o número de serviços de saúde em que trabalhavam. (ObservaRHSP, 2008).

3. A ROTATIVIDADE DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

3.1 Experiência em outras Unidades de Atenção Básica

Dentre os entrevistados, 45,6% (283) apresentaram experiência em outra unidade, 44,8% (278) não relataram esse tipo de experiência, e 9,7% (60) não responderam à questão. Proporcionalmente, os trabalhadores das Unidades do modelo AP apresentaram maior percentual de respostas afirmativas sobre experiências em outras UBS: 56,3% (144), enquanto o percentual foi de 44,7% (93) entre os que trabalhavam em Unidades Mistas e de 29,3% (46) entre os das Unidades PSF (Figura 20).

3.2 Outras UBS em que os entrevistados trabalharam

Dos 283 entrevistados que responderam ter trabalhado em outras UBS, o maior percentual (36,9%) trabalhou em outra unidade, enquanto 16% trabalharam em duas outras unidades. Chamou atenção que 16% informaram ter trabalhado em três outras unidades; 1,8%, em seis ou sete outras unidades; e 1,1%, em dez outras unidades. Esses dados são importantes, na medida em que podem indicar alta rotatividade entre os trabalhadores na Atenção Básica.

Quando cotejado o número de unidades pelas quais passaram os entrevistados e o Modelo de Atenção em que estavam trabalhando no momento da pesquisa, percebe-se maior concentração daqueles que passaram apenas por outra unidade entre os que estavam trabalhando em Unidades do modelo AP (38,2%); 31,2% estavam trabalhando em Unidades do modelo Misto, e 43,5% estavam em Unidades do modelo PSF (Figura 21).

3.2.1 Experiência em outras unidades do PSF

Dentre os entrevistados, 14,5% tiveram experiência em Unidades de Modelo PSF, sendo que 5,9% trabalham, hoje, em Unidades AP, 15,4% em Unidades de Modelo Misto, e 27,4% em Unidades exclusivamente PSF (Figura 22).

Dentre os que afirmaram ter trabalhado em outras Unidades do PSF, 57,8% tiveram experiência em apenas uma outra unidade de PSF; 10%, em duas outras unidades; 7,8%, em três outras unidades; e 1,1%; em quatro outras Unidades. A pergunta não foi respondida por 23,3% (Figura 23).

3.2.2 Mudança de local de trabalho

Dentre os entrevistados, a maior parte (67,8%) não havia mudado de local de trabalho nos três anos anteriores. Os profissionais do PSF foram os que apresentaram maior frequência de mudança de local de trabalho nos três anos anteriores à realização da pesquisa: 49% deles haviam mudado de local de trabalho. Ao contrário, os trabalhadores das Unidades do modelo AP foram os que apresentaram menor frequência de mudança: apenas 19,5% deles haviam mudado de local de trabalho nos três anos anteriores.

Já entre os que trabalhavam nas Unidades do modelo Misto, a distribuição foi um pouco mais equilibrada: 65,4% não haviam mudado de local de trabalho, enquanto 34,6% o haviam feito nos três anos anteriores (Figura 24).

Dentre os 199 entrevistados que referiram ter mudado de local de trabalho nos três anos anteriores, 38,7% eram de unidades do PSF; 36,2%, de unidades Mistas; e 25,1%; do modelo AP. Desse total, 81,9% mudaram apenas uma vez de local de trabalho nos três anos que antecederam à pesquisa, enquanto 12,1% mudaram duas vezes e 4,5% mudaram três vezes (Figura 25).

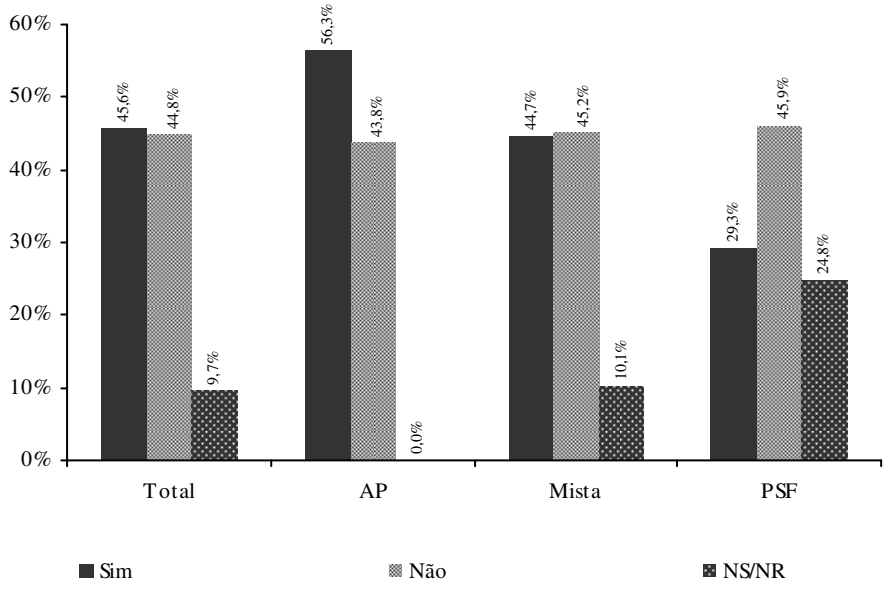


Figura 20. Distribuição dos profissionais entrevistados dos diferentes Tipos de Unidades de acordo com o trabalho em outras Unidades de Atenção Básica. (ObservaRHSP, 2008).

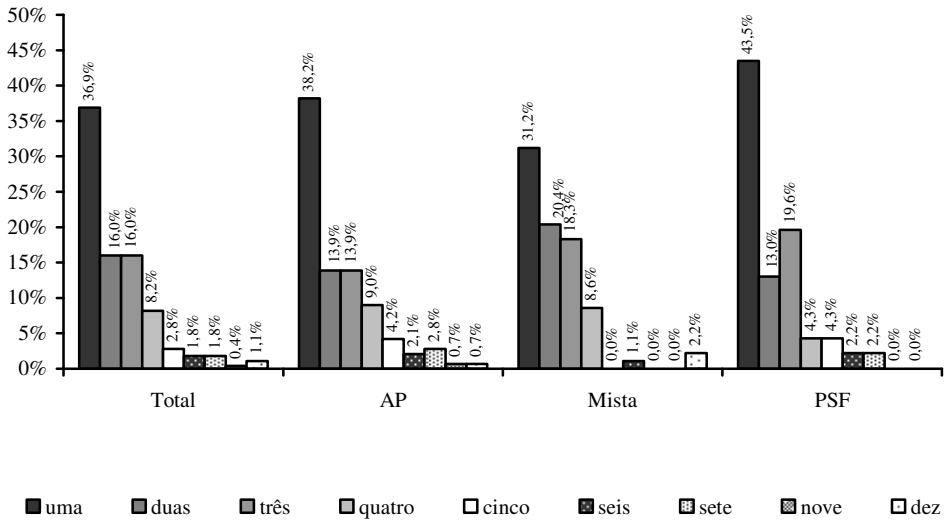


Figura 21. Distribuição dos profissionais entrevistados dos diferentes Tipos de Unidades de acordo com o número de outras Unidades de Atenção Básica em que trabalhou. (ObservaRHSP, 2008).

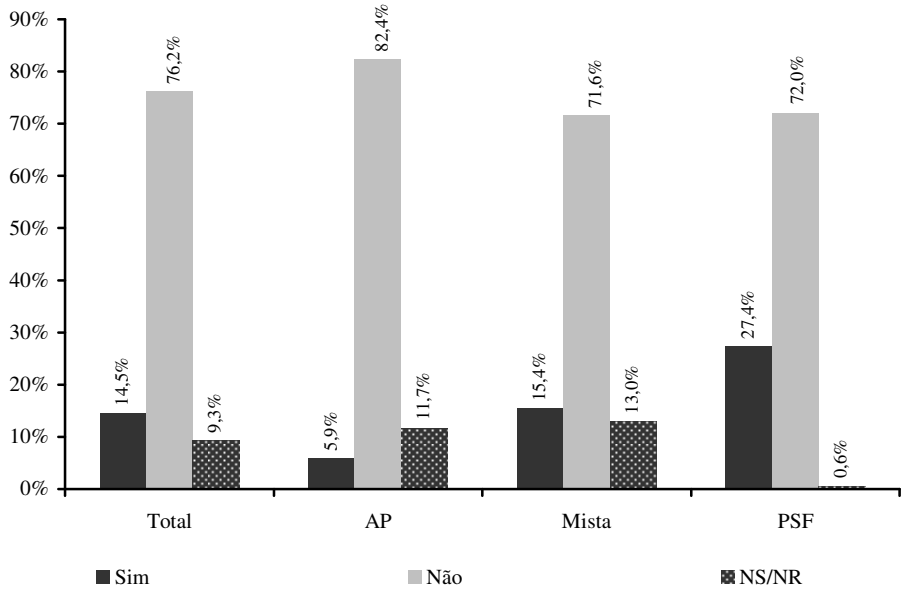


Figura 22. Distribuição dos profissionais entrevistados dos diferentes Tipos de Unidades de acordo com trabalho em outras Unidades do PSF. (ObservaRHSP, 2008).

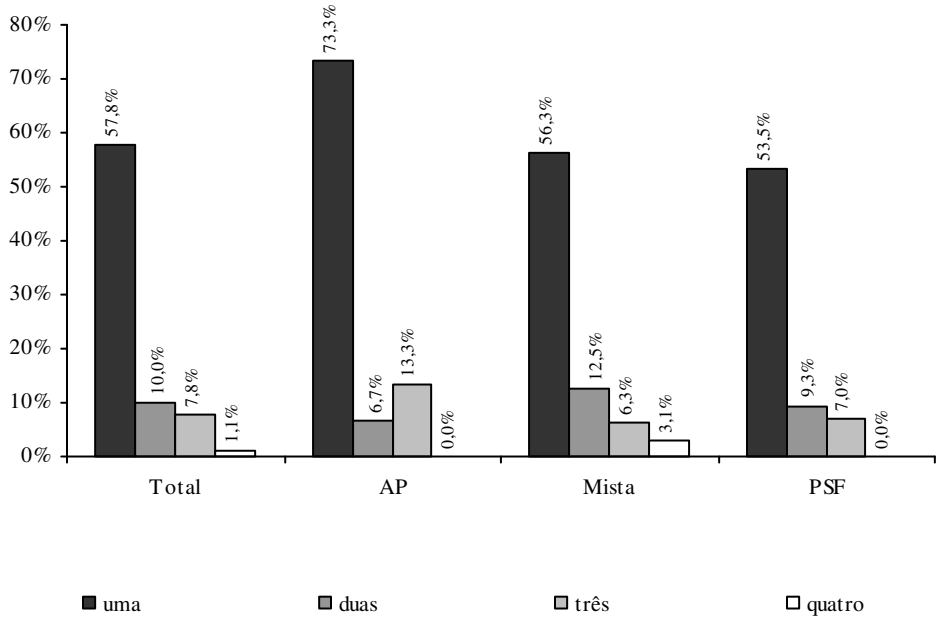


Figura 23. Distribuição dos profissionais entrevistados dos diferentes Tipos de Unidades de acordo com o número de outras Unidades do PSF em que trabalhou. (ObservaRHSP, 2008).

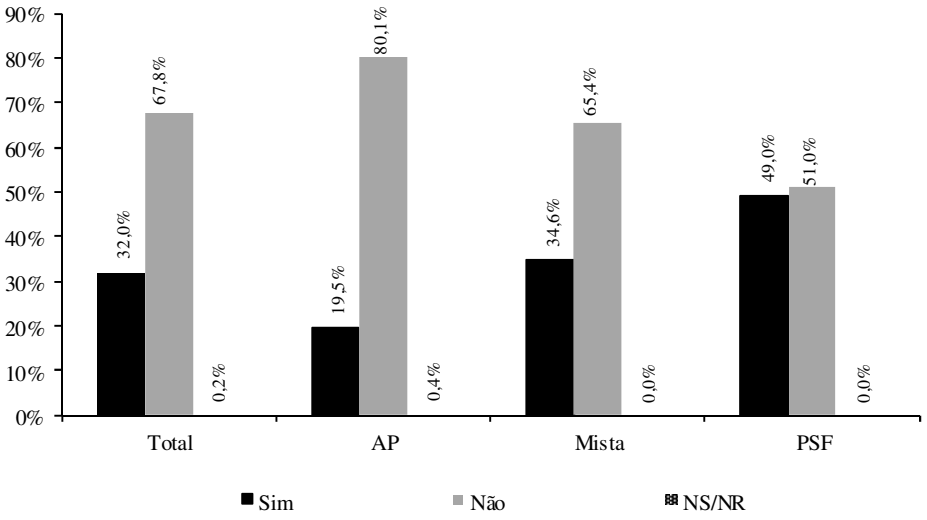


Figura 24. Distribuição dos profissionais entrevistados dos diferentes Tipos de Unidades de acordo com mudanças de local trabalho nos três anos anteriores à realização da pesquisa. (ObservaRHSP, 2008).

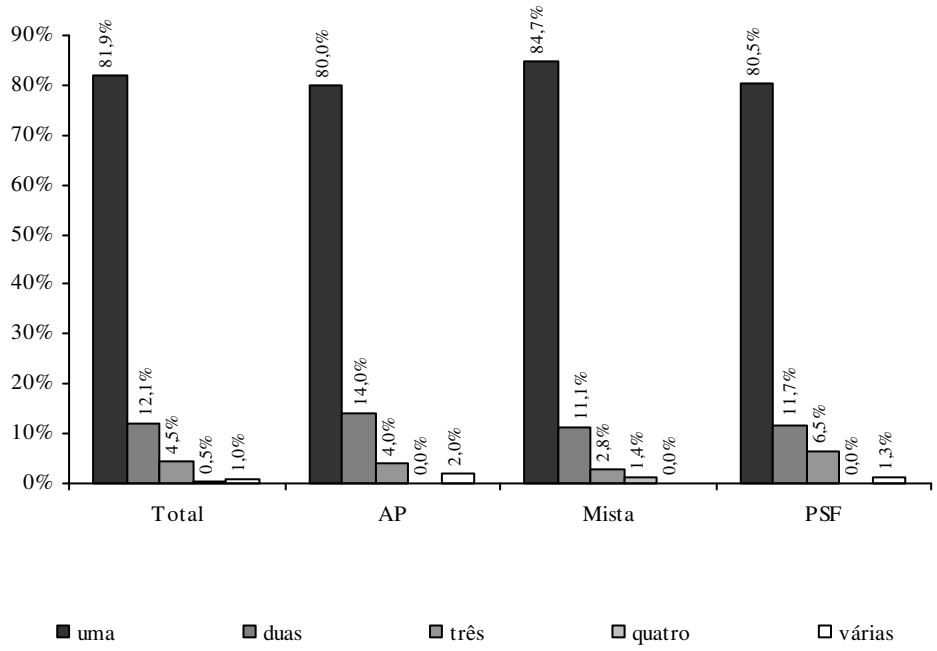


Figura 25. Distribuição dos profissionais entrevistados dos diferentes Tipos de Unidades de acordo com o número de vezes em que mudaram de local trabalho nos três anos anteriores à realização da pesquisa. (ObservaRHSP, 2008).

3.2.3 Motivos que levaram à mudança de local de trabalho

A pergunta foi dirigida aos 199 profissionais que informaram ter mudado de local de trabalho nos três anos que antecederam à pesquisa, com possibilidade de múltipla escolha. Obtiveram-se 243 respostas, sendo que o maior percentual de respostas (53,9%) recaiu na opção "Outros Motivos" para a mudança. O "Tipo de Trabalho" foi motivo de mudança de local de trabalho para 14% dos entrevistados; problemas com a "Chefia", para 13,2%; a "Distância" da Unidade, para 9,5%; "Motivos Financeiros", para 3,3%; e "Horário" ou "Condições Físicas" da UBS, para 0,8% cada um (Figura 26).

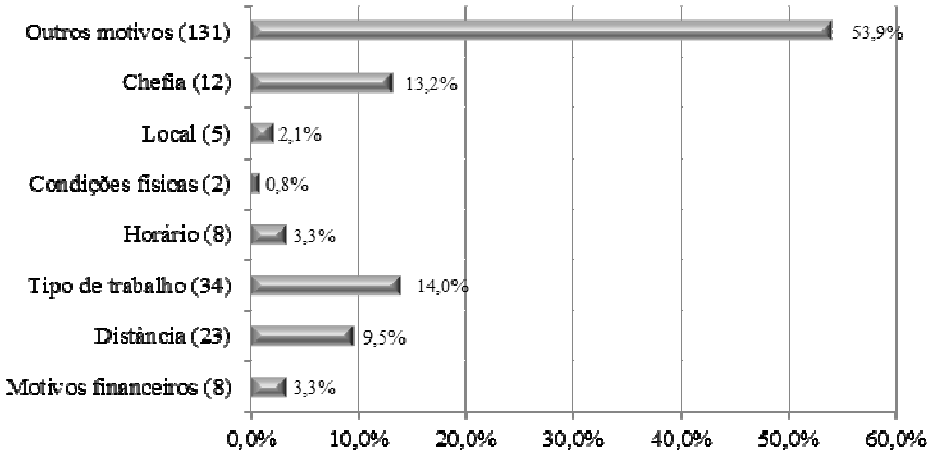


Figura 26. Motivos que levaram à mudança de local de trabalho. (ObservaRHSP, 2008).

3.3 A rotatividade dos trabalhadores nas unidades do modelo Ação Programática segundo os entrevistados

Responderam esta pergunta 380 entrevistados: 88,4% consideraram que havia pouca mudança de trabalho, isto é, baixa rotatividade; já 9,2% consideraram alta a rotatividade, e 2,4% não souberam responder (Tabela 28).

Quando indagados sobre as razões da baixa rotatividade, 35,4% não souberam responder, mas 12,14% apontaram para o fato de os trabalhadores serem concursados e terem escolhido o local de trabalho a partir das vagas existentes; outros 6,46% consideraram que eram funcionários públicos antigos. Alguns expressaram a opinião de que a baixa rotatividade nem sempre era positiva, porque havia falta de funcionários, daí as dificuldades para se mudar de local de trabalho. Uma porcentagem razoável de "motivos" (12,14%) foi classificada em "outros", incluindo-se, aí, aspectos positivos como: entrosamento da equipe, divisão do trabalho, reciclagem, ou negativos como: falta de opção, inadaptação, insatisfação, desmotivação, desajustamento etc. (Tabela 29).

Com relação à percepção de alta rotatividade dos 35 entrevistados que consideraram que os trabalhadores das equipes de Ação Programática mudavam "muito" de local de trabalho, 40 motivos foram citados (múltipla escolha), sendo os mais frequentes: salário (15,0%), localização da Unidade, insatisfação ou desmotivação (10,0%) e "outros" referentes às condições de trabalho, falta de funcionários, dificuldades com a gerência, opção por residência médica (Tabela 30).

Tabela 28. Distribuição dos entrevistados de acordo com suas considerações sobre mudança de local de trabalho. (ObservaRHSP, 2008).

Considerações sobre mudança de local de trabalho	n	%
Considera que os trabalhadores AP mudam pouco de local de trabalho	336	88,4
Considera que os trabalhadores AP mudam muito de local de trabalho	35	9,2
NS/NR	9	2,4
Total	**380**	**100,0**

Tabela 29. Distribuição dos entrevistados de acordo com suas explicações para a baixa rotatividade nos profissionais de AP. (ObservaRHSP, 2008).

Explicações para a baixa rotatividade	n	%
NS / NR	137	35,40
Concursado e com escolha de vagas	47	12,14
Outros	47	12,14
Funcionário antigo	25	6,46
Ruim porque não há mudanças	17	4,39
Próxima da residência	17	4,39
Só permuta	13	3,36
Adaptação	13	3,36
Falta de funcionários	11	2,84
Localização da unidade	10	2,58
Vínculo com usuário	9	2,33
Aposentadoria	7	1,81
Salário	6	1,55
Gerência dificulta mudança	6	1,55
Oportunidade de emprego	5	1,29
Dificuldade de transferência	5	1,29
Satisfação	4	1,03
Por vontade do funcionário	4	1,03
Interferência política	4	1,03
Total	**387**	**100,00**

Tabela 30. Distribuição dos entrevistados de acordo com suas explicações para a alta rotatividade nos profissionais de AP. (ObservaRHSP, 2008).

Explicações para a alta rotatividade	n	%
Outros	18	45,00
Salário	6	15,00
Localização da unidade	5	12,50
Insatisfação, decepção, desmotivação, desgaste	4	10,00
Oportunidade de emprego	3	7,50
NS / NR	4	10,00
Total	**40**	**100,00**

3.4 Rotatividade entre os trabalhadores das equipes de PSF nas UBS de modelo puro ou misto

Dentre 265 entrevistados que responderam esta pergunta, 68,3% consideraram que os profissionais do PSF mudaram pouco do local de trabalho, enquanto 29,8% consideraram que esses trabalhadores mudaram muito de local (Tabela 31).

Dentre os entrevistados que consideraram baixa a rotatividade dos trabalhadores do PSF, a maior porcentagem (29,8%) não soube explicar os motivos para tal fato; 20,7% apenas reafirmaram que "não havia rotatividade"; 8,6% a justificaram por trabalharem em Unidades próximas de suas residências; 5,6%, porque os trabalhadores desenvolviam vínculos com os usuários; 3,0%, por causa do entrosamento na equipe. "Outros motivos" também foram apresentados em porcentagens bem mais baixas: carga horária, funcionário antigo, oportunidade de emprego (Tabela 32).

Os motivos mais frequentemente apresentados pelos que consideraram que os componentes das Equipes de Saúde da Família mudavam muito de local de trabalho foram: carga horária (16,2%), salário (10,8%), outras oportunidades de emprego (9,9%), busca de residência médica (6,3%), insatisfação ou decepção com o trabalho (5,4%). Dentre "outros" motivos, apareceram: dificuldade de acesso às UBS, considerar o trabalho no PSF como emprego temporário, falta de experiência, falta de segurança, formação (médica) etc. (Tabela 33).

Tabela 31. Distribuição dos entrevistados de acordo com suas considerações sobre mudança de local de trabalho. (ObservaRHSP, 2008).

Considerações sobre mudança de local de trabalho	n	%
Considera que os trabalhadores PSF mudam pouco de local de trabalho	181	68,3
Considera que os trabalhadores PSF mudam muito de local de trabalho	79	29,8
NS / NR	5	1,9
Total	**265**	**100,0**

Tabela 32. Distribuição dos entrevistados de acordo com suas explicações para a baixa rotatividade nos profissionais do PSF. (ObservaRHSP, 2008).

Explicações para a baixa rotatividade	n	%
Não tem rotatividade	41	20,7
Próximo da residência	20	10,1
Vínculo com o usuário	11	5,6
Adaptação	7	3,5
Entrosamento com equipe	6	3,0
Perfil	5	2,5
Salário	5	2,5
Satisfação	5	2,5
Insatisfação, decepção, desmotivação, desgaste	4	2,0
Localização da unidade	4	2,0
Por vontade do funcionário	3	1,5
NS / NR	59	29,8
Outros	28	14,1
Total	**198**	**100,0**

Tabela 33. Distribuição dos entrevistados de acordo com suas explicações para a alta rotatividade nos profissionais do PSF. (ObservaRHSP, 2008).

Explicações para a alta rotatividade	n	%
Carga horária	18	16,2
Salário	12	10,8
Oportunidade de emprego	11	9,9
Residência médica	7	6,3
Insatisfação, decepção, desmotivação, desgaste	6	5,4
Médicos	5	4,5
Entrosamento com equipe	4	3,6
Falta de incentivo	4	3,6
Falta de perfil	3	2,7
Localização da unidade	3	2,7
Recém-formado	3	2,7
Sobrecarga de trabalho	3	2,7
Outros	26	23,4
NS / NR	6	5,4
Total	**111**	**100,0**

3.5 Rotatividade e categorias profissionais

3.5.1 Percepção dos entrevistados nas Unidades de Ação Programática

Dentre os 193 respondentes, 46,6% apontaram a categoria médica como a de maior rotatividade; 17,1% apontaram maior rotatividade para os auxiliares de enfermagem, 16,1% para os enfermeiros, e 13,5% para os integrantes das equipes administrativas (Tabela 34).

Dentre os motivos apresentados pelos entrevistados para a rotatividade dos médicos, o principal deles foi o salário (25,8%), seguido de outras oportunidades de trabalho (16,9%), busca de uma Unidade mais próxima da residência (9,7%), localização da Unidade (8,9%), dificuldades em conciliar vários empregos (6,5%), carga horária (4,8%) e condição de trabalho (4,8%) (Tabela 35).

Já os motivos mais frequentes para explicar a rotatividade dos auxiliares de enfermagem foram: buscar trabalho próximo da residência e questões salariais, já que cada uma dessas alternativas foi apontada espontaneamente por 20,6% dos entrevistados. Os demais motivos foram pouco frequentes: trabalho por tempo determinado, falta de qualificação, horário, enquanto 29,4% não souberam responder (Tabela 36).

Para a rotatividade dos enfermeiros, os motivos mais apontados foram outras oportunidades de trabalho (15,8%) e inadaptação a esse trabalho (13,2%), seguidos de insatisfação com salário e busca de trabalho próximo de residência (Tabela 37).

Para a rotatividade dos membros das equipes administrativas, o principal motivo apresentado foi a relação com a gerência (11,5%), seguido de desvio de função (7,7%) e busca de uma Unidade mais próxima da residência (7,7%) (Tabela 38).

O principal motivo referido para a mudança de gerência foi "interferência política" (33,3%) (Tabela 39).

3.5.2 Percepção dos entrevistados no PSF

Com relação à categoria profissional de maior rotatividade no PSF, em primeiro lugar foram apontados os médicos, em 59,8% das respostas, seguidos dos Agentes Comunitários de Saúde (13,2%), enfermeiros (11,9%), auxiliares de enfermagem (10,5%) e equipe administrativa (4,1%) (Tabela 40).

Tabela 34. Distribuição dos entrevistados de acordo com suas considerações sobre as categorias em unidades de AP que mais mudam de local de trabalho. (ObservaRHSP, 2008).

Categorias	n	%
Médico	90	46,6
Auxiliar de enfermagem	33	17,1
Enfermeiro	31	16,1
Equipe administrativa	26	13,5
Gerente	6	3,1
Acs	3	1,6
Todos	1	0,5
NS / NR	1	0,5
Funcionários de nível superior	1	0,5
Equipe ampliada	1	0,5
Total	**193**	**100,0**

Tabela 35. Distribuição dos entrevistados de acordo com os motivos que atribuem à rotatividade de médicos em unidades de. (ObservaRHSP, 2008).

Motivos da rotatividade de médicos em AP	n	%
Salário	32	25,8
Oportunidade de trabalho	21	16,9
Próximo da residência	12	9,7
Localização da unidade	11	8,9
Outros empregos	8	6,5
Carga horária	6	4,8
Condição de trabalho	6	4,8
Horário	4	3,2
Falta de perfil	2	1,6
Sobrecarga	2	1,6
Transferência	2	1,6
Agressão verbal	1	0,8
Contrato por tempo determinado	1	0,8
Demissão	1	0,8
Falta de funcionário	1	0,8
Falta de incentivo	1	0,8
Falta de vínculo	1	0,8
Falta experiência	1	0,8
Gerência	1	0,8
Insatisfação, decepção, desmotivação, desgaste	1	0,8
Interferência política	1	0,8
Motivos pessoais	1	0,8
Não concursado	1	0,8
Residência médica	1	0,8
NS / NR	5	4,0
Total	**124**	**100,0**

Tabela 36. Distribuição dos entrevistados de acordo com os motivos que atribuem à rotatividade de auxiliares de enfermagem em unidades de. (ObservaRHSP, 2008).

Motivos da rotatividade de auxiliares de enfermagem em AP	n	%
Contrato por tempo determinado	1	2,9
Falta de funcionário	1	2,9
Falta de qualificação	1	2,9
Horário	1	2,9
Hospital	1	2,9
Localização da unidade	1	2,9
Melhorar atendimento	1	2,9
Oportunidade de emprego	2	5,9
Próximo da residência	7	20,6
Salário	7	20,6
Transferência	1	2,9
NS / NR	10	29,4
Total	**34**	**100,0**

Tabela 37. Distribuição dos entrevistados de acordo com os motivos que atribuem à rotatividade de enfermeiros em unidades de. (ObservaRHSP, 2008).

Motivos da rotatividade de enfermeiros em AP	n	%
Oportunidade de trabalho	6	15,8
Inadaptação	5	13,2
Salário	4	10,5
Próximo da residência	3	7,9
Localização da unidade	3	7,9
Entrosamento com equipe	3	7,9
Outros empregos	2	5,3
Motivos pessoais	1	2,6
Horário	1	2,6
Gerência	1	2,6
Falta perfil	1	2,6
Conhecer todas as atividades da unidade	1	2,6
Condições de trabalho	1	2,6
Carga horária	1	2,6
NS / NR	5	13,2
Total	**38**	**100,0**

Tabela 38. Distribuição dos entrevistados de acordo com os motivos que atribuem à rotatividade da equipe administrativa em unidades de. (ObservaRHSP, 2008).

Motivos da rotatividade da equipe administrativa em AP	n	%
Gerência	3	11,5
Desvio de função	2	7,7
Próximo da residência	2	7,7
Agressão verbal	1	3,8
Inadaptação	1	3,8
Desvalorização	1	3,8
Falta de perfil	1	3,8
Horário	1	3,8
Hospital	1	3,8
Insatisfação, decepção, desmotivação, desgaste	1	3,8
Licença contínua	1	3,8
Localização da unidade	1	3,8
Mudança de residência	1	3,8
Oportunidade de trabalho	1	3,8
Salário	1	3,8
Transferência	1	3,8
NS / NR	6	23,1
TOTAL	**26**	**100,0**

Tabela 39. Distribuição dos entrevistados de acordo com os motivos que atribuem à rotatividade dos gerentes em unidades de. (ObservaRHSP, 2008).

Motivos da rotatividade de gerentes em AP	n	%
Interferência política	2	33,3
Cargo de confiança	1	16,7
Insatisfação, decepção, desmotivação, desgaste	1	16,7
Oportunidade de trabalho	1	16,7
NS / NR	1	16,7
Total	**6**	**100,0**

Tabela 40. Distribuição dos entrevistados de acordo com suas considerações sobre as categorias em unidades do PSF que mais mudam de local de trabalho. (ObservaRHSP, 2008).

Categorias	n	%
Médico	131	59,8
Agente Comunitário de Saúde	29	13,2
Enfermeiro	26	11,9
Auxiliar de enfermagem	23	10,5
Equipe administrativa	9	4,1
Gerente	1	0,5
Total	**219**	**100,0**

Os principais motivos apontados pelos entrevistados para explicar a rotatividade dos médicos foram: fazer residência médica (13,2%), carga horária (12,7%), outras oportunidades de emprego (11,3%), salário (9,3%), falta de perfil (5,9%) e ser recém-formado (5,9%). (Tabela 41).

Para a rotatividade dos Agentes Comunitários de Saúde, a mudança de residência para fora da área de abrangência da UBS apareceu na resposta de 23,3% dos entrevistados, e outras oportunidades de emprego, na de 13,3% (Tabela 42).

Já para enfermeiros, o principal motivo alegado foram outras oportunidades de emprego (14,3%), seguido de insatisfação, busca de Unidade mais próxima da residência e sobrecarga de trabalho (10,7% cada alternativa) (Tabela 43).

Para a rotatividade dos auxiliares de enfermagem, os principais motivos apresentados para a mudança de local de trabalho fora carga horária (14,3%), outras oportunidades de emprego (14,3%) e ter outros empregos ao mesmo tempo (14,3%) (Tabela 44).

Tabela 41. Distribuição dos entrevistados de acordo com os motivos que atribuem à rotatividade de médicos em unidades do PSF. (ObservaRHSP, 2008).

Motivos de rotatividade dos médicos no PSF	n	%
Residência médica	27	13,2
Carga horária	26	12,7
Oportunidade de emprego	23	11,3
Salário	19	9,3
Falta de perfil	12	5,9
Recém-formado	12	5,9
Sobrecarga	10	4,9
Localização	9	4,4
Outro emprego	9	4,4
Próximo da residência	7	3,4
Gerência	5	2,5
Especialização	4	2,0
Insatisfação, decepção, desmotivação, desgaste	4	2,0
Demissão	3	1,5
Inadaptação	3	1,5
Falta capacitação	3	1,5
Falta de incentivo	3	1,5
Falta de segurança e violência	3	1,5
Condições de trabalho	2	1,0
Trabalho temporário	2	1,0
Concursado	1	0,5
Falta entrosamento com equipe	1	0,5
Falta estabilidade	1	0,5
Formação médica	1	0,5
Horário	1	0,5
Mudança de residência	1	0,5
Referência e contrarreferência	1	0,5
Transferência	1	0,5
Vínculo	1	0,5
NS / NR	9	4,4
Total	**204**	**100,0**

Tabela 42. Distribuição dos entrevistados de acordo com os motivos que atribuem à rotatividade de ACS em unidades do PSF. (ObservaRHSP, 2008).

Motivos de rotatividade dos ACS no PSF	n	%
Mudança de residência	7	23,3
Oportunidade de emprego	4	13,3
Inadaptação	2	6,7
Falta perfil	2	6,7
Nível técnico	2	6,7
Transferência	2	6,7
Carga horária	1	3,3
Demissão	1	3,3
Entrosamento da equipe	1	3,3
Estabilidade	1	3,3
Falta de segurança e violência	1	3,3
Morar na área	1	3,3
Parceiras	1	3,3
Próximo da residência	1	3,3
Salário	1	3,3
NS / NR	2	6,7
Total	**30**	**100,0**

Tabela 43. Distribuição dos entrevistados de acordo com os motivos que atribuem à rotatividade de enfermeiros em unidades do PSF. (ObservaRHSP, 2008).

Motivos de rotatividade dos enfermeiros no PSF	n	%
Oportunidade de emprego	4	14,3
Insatisfação, decepção, desmotivação, desgaste	3	10,7
Próximo da residência	3	10,7
Sobrecarga	3	10,7
Entrosamento da equipe	2	7,1
Falta perfil	2	7,1
Salário	2	7,1
Cursar nível superior	1	3,6
Inadaptação	1	3,6
Estabilidade	1	3,6
Falta de benefício	1	3,6
Falta de incentivo	1	3,6
Falta de segurança e violência	1	3,6
Falta entrosamento com equipe	1	3,6
Falta oportunidade de emprego	1	3,6
NS / NR	1	3,6
Total	**28**	**100,0**

Tabela 44. Distribuição dos entrevistados de acordo com os motivos que atribuem à rotatividade de auxiliares de enfermagem em unidades do PSF. (ObservaRHSP, 2008).

Motivos de rotatividade de auxiliares de enfermagem no PSF	n	%
Carga horária	4	14,3
Oportunidade de emprego	4	14,3
Outros empregos	4	14,3
Inadaptação	3	10,7
Falta de oportunidade	3	10,7
Localização da unidade	2	7,1
Aposentadoria	1	3,6
Condições de trabalho	1	3,6
Entrosamento com equipe	1	3,6
Falta de incentivo	1	3,6
Problemas pessoais	1	3,6
Promoção	1	3,6
Salário	1	3,6
NS / NR	1	3,6
Total	**28**	**100,0**

Já no que diz respeito à rotatividade de membros da Equipe Administrativa no PSF, poucos entrevistados abordaram essa questão, mas os que responderam apresentaram como motivos para a rotatividade desses trabalhadores: outras oportunidades de emprego, mudança para outra área de trabalho, problemas de entrosamento com a equipe, sobrecarga de trabalho ou falta de perfil para trabalhar no programa. Quanto à rotatividade dos gerentes no PSF, a única razão apontada foi a interferência política.

3.6 Sugestões para diminuir a rotatividade dos trabalhadores nas UBS do Modelo AP

A maioria dos que responderam à pergunta (53,7%) não soube apresentar sugestões para evitar a rotatividade dos trabalhadores. Os demais apresentaram as seguintes sugestões: melhorar os salários (11,6%), melhorar as condições de trabalho (6,0%), desenvolver programas de capacitação ou treinamento (4,2%), melhorar o entrosamento nas equipes e com a gerência (3,1%), realizar mais concursos para funcionários (2,9%), melhorar a localização das unidades (2,0%), valorização profissional (1,8%), contar com uma gerência efetiva (1,6%) (Tabela 45).

As demais sugestões, dada sua baixa frequência, foram agrupadas, na pesquisa, na categoria "outras", perfazendo aproximadamente 14,0% das respostas, dentre as quais citamos: buscar trabalhadores com perfil adequado para trabalhar na AP, carga horária mais adequada, possibilitar o remanejamento de trabalhadores, permitir que o trabalhador escolha seu local de trabalho, contar com mais unidades e mais trabalhadores em cada unidade, definir uma política de cargos e salários, melhorar a administração, melhorar o sistema de referência e contrarreferência, incentivo profissional, não ter unidades mistas, realizar pesquisas sobre satisfação no trabalho, evitar a sobrecarga de trabalho, estabelecer vínculos dos trabalhadores com a comunidade.

3.7 Ações para diminuir a rotatividade dos médicos no PSF

Sobre as ações que têm sido realizadas para diminuir a rotatividade dos médicos nas UBS do Modelo do PSF, obtiveram-se 390 respostas dos entrevistados, mas 28,5%, embora respondessem afirmativamente à

Tabela 45. Distribuição dos entrevistados de acordo com as suas sugestões para diminuir a rotatividade dos trabalhadores nas unidades de. (ObservaRHSP, 2008).

Sugestões	n	%
Salário	52	11,6
Condições de trabalho	27	6,0
Capacitação ou treinamento	19	4,2
Entrosamento da equipe e gerência	14	3,1
Concurso / mais funcionários	13	2,9
Melhor localização: da unidade e da residência	9	2,0
Valorização profissional	8	1,8
Gerência efetiva	7	1,6
Outras	59	14,4
NS / NR	241	53,7
Nada / não tem rotatividade	7	1,6

pergunta, não souberam apontar nenhuma ação. As ações apontadas com maior frequência foram: 9,5% apontaram o aumento dos salários; 7,7%, capacitação ou treinamento; 6,4%, busca de profissionais com perfil adequando; 5,1%, melhores condições de trabalho; 4,9%, diminuição da carga horária de trabalho; 4,6%, melhora do processo seletivo; 3,6%, valorização profissional; 2,3%, implantação de carreira; 2,1%, oferecimento de melhores oportunidades de trabalho (Tabela 46).

Tabela 46. Distribuição dos entrevistados de acordo com ações pra diminuir a rotatividade dos médicos nas equipes de PSF. (ObservaRHSP, 2008).

Ações	n	%
Salário	37	9,5
Capacitação ou treinamento	30	7,7
Perfil	25	6,4
Condições de trabalho	20	5,1
Carga horária	19	4,9
Seleção	18	4,6
Valorização profissional	14	3,6
Carreira	9	2,3
Melhores oportunidades	8	2,1

Outras ações apontadas com menor frequência foram: proporcionar maior formação em saúde coletiva, evitar a falta de funcionários, inseri-los em UBS próximas de sua residência, garantir um sistema de referência e contrarreferência.

Menos frequentes ainda foram respostas como: melhorar o entrosamento da equipe, mais segurança, evitar contratar recém-formados, selecionar profissionais mais experientes, oferecer adicional de distância, diminuir a carga de trabalho, suporte psicológico para o profissional, distribuir menor número de famílias para cada equipe.

3.8 Os gerentes e a rotatividade dos trabalhadores da Atenção Básica

Dentre os 87 gerentes entrevistados, 51,7% consideram que a rotatividade seja um problema sério na Atenção Básica. Essa foi a opinião expressa por 81,0% dos gerentes das unidades de Modelo Misto e por 78,3% dos gerentes das unidades de modelo exclusivo do PSF. Já para os gerentes das unidades exclusivamente do modelo AP, a questão da rotatividade pareceu menos grave, pois só foi apontada por 23,3% deles (Tabela 47).

A categoria médica foi apontada, pelos gerentes, como a de maior rotatividade no trabalho: todos os 45 gerentes que consideraram a rotatividade dos profissionais como um problema nas UBS citaram os médicos como os que mais mudam de local de trabalho (questão de múltipla escolha).

Em seguida, os funcionários administrativos foram apontados por 17,8% desses gerentes como apre-

sentando grande rotatividade; os enfermeiros, por 15,5%; os Agentes Comunitários de Saúde, por 11,1%; os auxiliares de enfermagem, por 8,9%; e os outros profissionais de nível universitário foram apontados apenas por um gerente (2,2%) (Tabela 48).

As medidas tomadas pelos gerentes para enfrentar a rotatividade na Atenção Básica, segundo 42,3% deles, visavam a "criar um ambiente de trabalho agradável e estimulante", especialmente em relação aos médicos das Equipes do PSF.

Outras medidas foram tomadas, tais como: investir no trabalho em equipe, criar espaços de discussão do trabalho e socialização das informações, discutir os princípios e objetivos da Atenção Básica, inserir o profissional em projetos diferentes, criar um bom ambiente de trabalho, diminuir ou evitar as situações de conflito. Ao mesmo tempo: trabalhar com o Conselho Gestor da Unidade visando a "interpretar" o que é a Atenção Básica ou o PSF, as diferenças que essas propostas têm em relação ao Pronto Atendimento, e, para diminuir a demanda espontânea e pontual, investir na melhoria do acolhimento da Unidade.

Tabela 47. Distribuição dos gerentes das UBS de acordo com as suas opiniões sobre a rotatividade nos diferentes modelos de unidades. (ObservaRHSP, 2008).

Rotatividade	Gerentes de AP		Gerentes de PSF		Gerentes de Mistas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	10	23,3	18	78,3	17	81,0	45	51,7
Não	33	76,7	5	21,7	4	19,0	42	48,3
Total	**43**	**100,0**	**23**	**100,0**	**21**	**100,0**	**87**	**100,0**

Tabela 48. Distribuição dos gerentes das UBS de acordo com as suas opiniões sobre as categorias de maior rotatividade na Atenção Básica. (ObservaRHSP, 2008).

Categorias	Gerentes de PSF	Gerentes de AP	Gerentes de Mistas	Total	
	n	n	n	n	%
Médicos	18	10	17	45	100,0
Administrativos	2	3	3	8	17,8
Enfermeiros	4	3	-	7	15,5
ACS	3	1	1	5	11,1
Auxiliares de Enfermagem	2	1	1	4	8,9
Outros de Nível Universitário	1	-	-	1	2,2

No entanto, um grupo importante de 31,2% dos gerentes declarou-se impotente diante da rotatividade, considerando que essa era uma opção do profissional e que o gerente não tinha como evitar a transferência dos médicos das equipes do PSF ou mesmo sua demissão. Para eles, esse problema é do âmbito da administração central da SMS/SP, porque decorre de questões como salário e localização das UBS.

Um terceiro grupo, composto de 9,0% dos gerentes de Unidades PSF, referiu ter procurado relacionar-se com as Instituições Parceiras da SMS/SP que contratavam os profissionais para as equipes, no sentido de discutir e interferir no perfil do profissional selecionado, para que fosse mais adequado para desenvolver o trabalho exigido. Segundo eles, as condições de trabalho deveriam ser melhoradas, no que diz respeito ao salário, proximidade da UBS, definição de adicional de distância e manutenção dos equipamentos, medidas essas sobre as quais os gerentes não têm governabilidade, mas que deveriam ser objeto de ação da SMS/SP.

Por outro lado, 11,0% dos gerentes de Unidades do modelo de Ação Programática expressou outras opiniões: consideraram que a mudança de local de trabalho é um direito do profissional e que não se deveria fazer nada diante da solicitação do trabalhador. Alegaram, ainda, que muitas mudanças são determinações de níveis superiores, e alguns declararam que, diante de trabalhadores que expressam o desejo de mudar de local de trabalho, eles próprios, na qualidade de gerentes, têm procurado ajudá-los (Tabela 49).

Tabela 49. Distribuição dos gerentes das UBS de acordo com as medidas tomadas para enfrentar a rotatividade dos profissionais. (ObservaRHSP, 2008).

Medidas	Gerentes AP	Gerentes PSF	Total	
Clima de trabalho agradável e estimulante	4	15	19	42,2%
Sentem-se impotentes diante da rotatividade	0	14	14	31,2%
Contato com Instituições Parceiras	0	4	4	9,0%
Condições de trabalho	2	1	3	6,6%
É direito	1	0	1	2,2%
Determinações superiores	1	0	1	2,2%
Ajuda na transferência	1	0	1	2,2%
Problema de salário	1	0	1	2,2%

4. SATISFAÇÃO, INSATISFAÇÃO E SUGESTÕES PARA O TRABALHO NAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA

4.1 Motivos de satisfação com o trabalho nas Unidades de Atenção Básica

Dentre os 621 entrevistados, mediante questão de múltipla escolha, houve 979 respostas, apontando motivos de satisfação no trabalho na Atenção Básica. O principal motivo de satisfação com o trabalho, segundo os entrevistados, foi "conseguir resolver os problemas apresentados pelos usuários ou suas famílias", alternativa respondida por 49,9% deles.

Em seguida, foi o fato de o profissional ou trabalhador se sentir valorizado pelos usuários, razão expressa por 30,1% dos entrevistados. Em terceiro lugar, com 25% de respostas, foi apontada a possibilidade de ajudar as pessoas com esse trabalho.

Por outro lado, 16,9% dos entrevistados consideraram-se satisfeitos com o trabalho na Atenção Básica porque "fazem o que gostam". A possibilidade de desenvolver o trabalho em equipe foi assinalada por 11,1%, e o entrosamento com a comunidade, por 8,4% (Tabela 50).

Proporcionalmente, os trabalhadores das Unidades de modelo Misto apontaram mais motivos de satisfação com o trabalho na Atenção Básica, com índice de 1,7% de respostas positivas por entrevistado, enquanto os índices médios de satisfação dos trabalhadores das Unidades do modelo AP e do modelo PSF foram muito próximos: 1,6% e 1,5%.

Ao relacionar os motivos de satisfação com o trabalho na Atenção Básica e o modelo de organização da Unidade, apareceram os seguintes resultados: conseguir resolver os problemas dos usuários foi apontado como o principal motivo de satisfação por 21,1% dos que trabalhavam nas Unidades de modelo AP, por 17,7% dos que trabalhavam no modelo Misto, e por 11,1% dos que trabalhavam no modelo PSF. Em segundo lugar, "ser valorizado pelos usuários" foi apresentado por 11,1% dos que trabalhavam no modelo AP, por 13,5% dos que trabalhavam nas Unidades Mistas, e por 5,5% dos que trabalhavam nas Unidades PSF. Em terceiro lugar, "ajudar as pessoas" foi apontado por 8,9% dos que trabalhavam nas Unidades AP, por 9,7% dos que trabalhavam nas Unidades Mistas, e por 6,4% dos que trabalhavam nas Unidades PSF.

Tabela 50. Distribuição motivos de satisfação no trabalho, segundo os entrevistados das diferentes UBS. (ObservaRHSP, 2008).

Questão	AP		MISTA		PSF		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ajudar as pessoas	55	8,9	60	9,7	40	6,4	155	25,0
Ser valorizado pelos usuários	69	11,1	84	13,5	34	5,5	187	30,1
Conseguir resolver problemas dos usuários	131	21,1	110	17,7	69	11,1	310	49,9
Entrosamento com a comunidade	11	1,8	19	3,1	22	3,5	52	8,4
Atividades que desenvolve	6	1,0	15	2,4	6	1,0	27	4,3
Aplicar conhecimentos	7	1,1	0	0,0	5	0,8	12	1,9
Condições de trabalho	9	1,4	6	1,0	6	1,0	21	3,4
Autonomia no trabalho	3	0,5	3	0,5	1	0,2	7	1,1
Trabalho em equipe	29	4,7	20	3,2	20	3,2	69	11,1
Programa que tem efetividade	9	1,4	4	0,6	9	1,4	22	3,5
Fazer o que gosta	50	8,1	34	5,5	21	3,4	105	16,9
Motivos religiosos	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Parceria com a Universidade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não estressar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Variedade de experiência	2	0,3	1	0,2	1	0,2	4	0,6
Jornada de trabalho	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2
NR	4	0,6	1	0,2	1	0,2	6	1,0
Total	**386**	**62,2**	**358**	**57,6**	**235**	**37,8**	**979**	

4.2 Motivos de insatisfação com o trabalho nas Unidades de Atenção Básica

Os entrevistados apresentaram 876 respostas sobre os motivos de insatisfação com o trabalho na Atenção Básica. Os mais frequentes estavam ligados às condições de trabalho: salário, insuficiência de material, horário, distância, número de famílias atendidas por equipe no PSF e falta de continuidade do programa. Essa razão foi apontada por 38,0% dos entrevistados.

Em seguida, 37,2% das respostas referiram-se à insuficiência do atendimento frente às necessidades da população que requeria exames complementares ou mesmo pronto atendimento de suas queixas. Em 15,3% das respostas, houve referência a problemas decorrentes da desvalorização profissional e ao autoritarismo das chefias, excesso de cobrança e dificuldade de diálogo entre funcionários. Ao mesmo tempo, em 14,3% das respostas, foram apresentados sentimentos de impotência diante dos problemas sociais enfrentados pelas famílias, tais como violência, desemprego, drogas, falta de saneamento etc.

Considerando-se a relação entre os motivos de insatisfação e os modelos de organização das UBS, percebeu-se média de 1,48 respostas de insatisfação por entrevistado das Unidades AP, 1,45 por entrevistado das Unidades Mistas, e média um pouco menor, 1,22, por entrevistado das Unidades PSF.

Nas Unidades AP, os motivos de insatisfação mais frequentes, em ordem decrescente, foram: condições de trabalho, insuficiência no atendimento e desvalorização do profissional frente à chefia. No caso das Mistas, foram: condições de trabalho, insuficiência do atendimento, impotência frente aos problemas sociais e desvalorização profissional. No PSF, os motivos mais frequentes foram condições de trabalho, insuficiência no atendimento e impotência frente aos problemas sociais apresentados pela população.

Uma das possíveis explicações para que a "sensação de impotência" frente aos problemas sociais não tenha sido muito apontada pelos entrevistados das Unidades AP é que a organização do trabalho, nessas Unidades, não está tão centrada na "busca ativa" das famílias e usuários, especialmente em visitas domiciliares de rotina, como ocorre nas Unidades PSF ou nas equipes de Saúde da Família implantadas nas Unidades Mistas (Tabela 51).

Tabela 51. Distribuição dos motivos de insatisfação no trabalho, segundo os entrevistados das diferentes UBS. (ObservaRHSP, 2008).

Questão	AP		MISTA		PSF		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Falta de retaguarda para casos complexos	16	2,6	18	2,9	9	1,4	43	6,9
Condições de trabalho (salário, horário, excesso)	110	17,7	81	13,0	45	7,2	236	38,0
Impotência frente aos problemas sociais	27	4,3	34	5,5	28	4,5	89	14,3
Desvalorização profissional e autoritarismo	46	7,4	33	5,3	16	2,6	95	15,3
Insuficiência do atendimento na AB	110	17,7	79	12,7	42	6,8	231	37,2
Falta de reconhecimento da população	9	1,4	12	1,9	12	1,9	33	5,3
Má recepção das famílias visitadas	1	0,2	0	0,0	1	0,2	2	0,3
Conflitos e desunião na equipe	14	2,3	13	2,1	11	1,8	38	6,1
Desvio de função	17	2,7	9	1,4	12	1,9	38	6,1
Não tem insatisfação	6	1,0	6	1,0	6	1,0	18	2,9
Falta de resultado	4	0,6	3	0,5	2	0,3	9	1,4
Falta de educação permanente	8	1,3	5	0,8	2	0,3	15	2,4
Não adesão ao tratamento	3	0,5	1	0,2	1	0,2	5	0,8
Influência política	4	0,6	3	0,5	1	0,2	8	1,3
NR	6	1,0	5	0,8	5	0,8	16	2,6
Total	**381**	**61,4**	**302**	**48,6**	**193**	**31,1**	**876**	

4.3 Motivos para trabalhar na Atenção Básica

Os entrevistados apresentaram 979 respostas sobre os motivos que os levaram a trabalhar na Atenção Básica. Os mais frequentes foram: perspectiva de vida, gostar do que faz, ter perfil para esse tipo de trabalho e gostar de saúde pública, com 26,6% de respostas. Em seguida, o motivo de ter sido aprovado em concurso público ou em processos seletivos no regime de CLT apareceu em 20,6% das respostas.

A oportunidade de emprego ou falta de opção face ao desemprego obteve 17,6% das respostas. As condições do trabalho, tais como carga horária, trabalhar em equipe, trabalhar e prevenção, conseguir evoluir na carreira foram os motivos citados em 17,2% das respostas. A crença na proposta, vocação, opção e a admiração por esse tipo de trabalho foi objeto de 14,2% das respostas.

O desejo de ajudar as pessoas ou comunidades carentes, ou mesmo de desenvolver um trabalho "mais humano" apareceu em 13,4% das respostas. Essa mesma frequência de respostas foi dada para "experiência anterior na AB ou no próprio PSF". A alternativa de enfrentar um novo desafio profissional, mudar a rotina ou de ramo, apareceu em 8,9% das respostas.

Relacionando o modelo de organização das Unidades e os motivos apontados para trabalhar na Atenção Básica, percebeu-se que os entrevistados que trabalhavam nas Unidades de modelo Misto foram os que, proporcionalmente, apresentaram a maior média de respostas a essa pergunta, 1,65 por entrevistado, seguidos dos trabalhadores das Unidades de modelo AP, com 1,55 respostas por entrevistado, e de 1,5

respostas por entrevistado do modelo PSF. Em ordem decrescente, os principais motivos apresentados para trabalhar em Atenção Básica, pelos entrevistados das Unidades AP, foram: aprovação em concurso ou seleção, perspectiva de vida, condições de trabalho no programa e crença na proposta. Pelos trabalhadores das Unidades Mistas, os principais motivos apontados foram, em ordem decrescente: perspectiva de vida, condições de trabalho, oportunidade de emprego e possibilidade de ajudar as pessoas. Já os entrevistados das Unidades PSF apresentaram os seguintes motivos, em ordem decrescente: oportunidade de emprego, perspectiva de vida, crença na proposta, possibilidade de ajudar as pessoas ou aprovação em processos seletivos, na mesma intensidade (Tabela 52).

Tabela 52. Distribuição dos motivos para trabalhar na Atenção Básica, segundo os entrevistados das diferentes UBS. (ObservaRHSP, 2008).

Questão	AP		MISTA		PSF		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Perspectiva de vida	66	10,6	67	10,8	32	5,2	165	26,6
Aprovado em concurso ou seleção	75	12,1	36	5,8	17	2,7	128	20,6
Oportunidade de emprego	27	4,3	34	5,5	48	7,7	109	17,6
Atrativos do programa / Condições de trabalho	47	7,6	38	6,1	22	3,5	107	17,2
Crença na proposta e ajudar a saúde das pessoas	44	7,1	19	3,1	25	4	88	14,2
Ajudar as pessoas	36	5,8	30	4,8	17	2,7	83	13,4
Experiência anterior em saúde ou na AB	34	5,5	29	4,7	20	3,2	83	13,4
Desafio profissional	21	3,4	20	3,2	14	2,3	55	8,9
Indicação da população ou de outro profissional	5	0,8	28	4,5	13	2,1	46	7,4
Sair do hospital ou do pronto socorro	13	2,1	14	2,3	6	1	33	5,3
Reside na região	12	1,9	10	1,6	9	1,4	31	5
Oportunidade de aprendizado	9	1,4	8	1,3	10	1,6	27	4,3
Princípios religiosos / Destino	3	0,5	7	1,1	1	0,2	11	1,8
Crise pessoal	3	0,5	0	0	1	0,2	4	0,6
Desvio de função	1	0,2	1	0,2	1	0,2	3	0,5
Expectativa positiva	1	0,2	1	0,2	0	0	2	0,3
Tempo para estudar	0	0	2	0,3	0	0	2	0,3
Rever conhecimentos	0	0	1	0,2	0	0	1	0,2
NS / NR	0	0	0	0	1	0,2	1	0,2
Total	**397**	**63,9**	**345**	**55,6**	**237**	**38,2**	**979**	

5. SUGESTÕES PARA A ATENÇÃO BÁSICA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ATENÇÃO BÁSICA

Os entrevistados apresentaram 1.157 sugestões para melhorar a Atenção Básica. As mais frequentes se referiam ao aprimoramento, à expansão e à melhor distribuição das Unidades e das equipes de Saúde da Família, que receberam 61,8% das respostas. Em seguida, apareceram propostas de educação permanente e melhoria do processo seletivo dos profissionais, tendo em vista a incorporação de pessoas com perfis mais adequados à proposta. Essas respostas corresponderam a 28% do total.

Melhoria das condições de trabalho, tais como aumento de salário, equiparação salarial entre as parceiras que contratam para o PSF, auxílio periculosidade, plano de carreira, concursos públicos, redução de carga horária, implantação de UBS mais próximas das residências dos trabalhadores, foi sugerida por 23,8% dos entrevistados. Por outro lado, 22,1%

das sugestões referiram-se à melhoria do acesso a atendimentos de maior complexidade, tais como agilidade na marcação de consultas especializadas e exames complementares e criação de núcleos de especialidades para atendimento dos usuários encaminhados pela Atenção Básica.

Relacionando as sugestões apresentadas com os modelos de organização das Unidades em que trabalhavam os entrevistados, observou-se que os que trabalhavam nas Unidades AP ou em Unidades Mistas apresentaram, em média, 1,9 sugestões para melhorar a Atenção Básica, enquanto os entrevistados que trabalhavam em Unidades do modelo PSF apresentaram, em média, 1,6 sugestões por entrevistado.

Em ordem decrescente, os entrevistados da AP apresentaram sugestões relativas a aprimoramento da proposta, condições de trabalho, encaminhamento para atendimentos mais complexos e relações no trabalho. Os entrevistados das Unidades Mistas sugeriram, por ordem decrescente, aprimoramento da proposta, educação permanente e melhor seleção dos candidatos, condições de trabalho e encaminhamento para atendimentos mais complexos. Os que trabalhavam em Unidades do modelo PSF apresentaram mais sugestões relativas ao aprimoramento da proposta, seguidas de educação permanente e seleção de perfil adequado, encaminhamento para atendimentos mais complexos e melhoria das condições de trabalho (Tabela 53).

Tabela 53. Distribuição das sugestões dos entrevistados das diferentes UBS para melhorar a Atenção Básica. (ObservaRHSP, 2008).

Questão	AP		MISTA		PSF		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aprimoramento da proposta	167	26,9	135	21,7	82	13,2	384	61,8
Educação permanente e seleção do perfil	68	11	64	10,3	42	6,8	174	28
Condições de trabalho	72	11,6	49	7,9	27	4,3	148	23,8
Encaminhamentos para atendimentos mais complexos	62	10	43	6,9	32	5,2	137	22,1
Relações no trabalho	49	7,9	38	6,1	18	2,9	105	16,9
Efetivação da proposta	29	4,7	17	2,7	6	1	52	8,4
Educação em saúde	20	3,2	17	2,7	10	1,6	47	7,6
Contar com outras profissões na equipe	9	1,4	14	2,3	8	1,3	31	5
Sem sugestão	10	1,6	10	1,6	7	1,1	27	4,3
Não interrupção do programa por mudanças políticas	7	1,1	3	0,5	5	0,8	15	2,4
Melhorar a parceria	2	0,3	4	0,6	7	1,1	13	2,1
Definir parâmetros de qualidade	1	0,2	3	0,5	5	0,8	9	1,4
Intersetorialidade	1	0,2	2	0,3	5	0,8	8	1,3
Encontro com outras equipes	1	0,2	3	0,5	3	0,5	7	1,1
Total	**498**	**80,2**	**402**	**64,7**	**257**	**41,4**	**1.157**	

5.1 Sugestões para capacitação e/ou educação permanente em Atenção Básica para trabalhadores das Unidades do modelo AP ou Mistas

Para o trabalho nas Unidades do modelo AP, obtiveram-se 380 respostas sugerindo questões para a Educação Permanente, embora 29,5% delas se referissem apenas "à necessidade", sem sugerir uma área ou um tema específico; em 12,1% das respostas apareceu o argumento de que não era necessária capacitação ou educação permanente para o trabalho na Atenção Básica, porque "se aprendia na prática" ou porque a proximidade da aposentadoria eximia os trabalhadores de frequentar essas atividades.

A maior quantidade de sugestões para capacitação e educação permanente (10,5%) foi dirigida à aquisição de conhecimentos relativos à imunização, à esteri-

lização e a procedimentos básicos, os quais estão mais relacionados com o pessoal de nível técnico da área de enfermagem. Seguiu-se a necessidade de conhecimentos relativos aos programas que existem nas Unidades AP: Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Reprodutiva, Mulher e Bucal, com 8,7 % das sugestões.

Em seguida, capacitação na área de gerência e gerenciamento referiu-se a 7,6% das sugestões; computação e informática, a 6,6%; atividades de recepção, acolhimento, cartão SUS e rotinas em geral, a 5,3%. Outros 3,4% apontaram temas específicos para o gerenciamento e desenvolvimento de Recursos Humanos (GERUS), e 2,9% sugeriram especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva (Tabela 54).

Outras sugestões apresentadas com menor frequência (6,3%) foram: farmácia e medicamentos, ginecologia e obstetrícia, nutrição, DST/AIDS, visita domiciliar, acupuntura, manutenção de equipamentos.

Tabela 54. Distribuição das sugestões de cursos ou treinamentos para a Educação Permanente dos trabalhadores das unidades no modelo AP. (ObservaRHSP, 2008).

Cursos ou treinamentos sugeridos	n	%
Não lembra / não sabe / não respondeu / não especifica / vários	112	29,5
Não precisa, aprende-se na prática, aposentadoria, não necessita	46	12,1
Imunização, esterilização, curativos, procedimentos básicos e primeiros socorros	40	10,5
Saúde do adulto, criança, adolescente, mental, mulher, trabalhador, reprodutiva, bucal	33	8,7
Gerência, gerenciamento de projetos, gestão, RH	29	7,6
Computação e informática	25	6,6
Outros	24	6,3
Recepção, acolhimento, cartão SUS, rotinas	20	5,3
GERUS	13	3,4
Especialização em Saúde Pública, Coletiva	11	2,9
Auxiliar de enfermagem e enfermagem	6	1,6
Especialização e residência medica	6	1,6
Vigilância epidemiológica e sanitária	6	1,6
Atualização clínica médica: otorrinolaringologia, hipertensão, diabetes	5	1,3
Tb, hanseníase, dengue	4	1,0
Total	**380**	**100,0**

5.2 Sugestões para Educação Permanente para os trabalhadores das equipes de Saúde da Família

Foram apresentadas 263 sugestões para a capacitação e educação permanente dos trabalhadores que integram as equipes de Saúde da Família, seja nas Unidades de modelo Misto ou exclusivas de PSF: 18,6% das respostas contemplaram as especificidades do trabalho no PSF, como o curso introdutório, denominado "Momento I", para todos os membros da equipe, o curso de atualização clínica, denominado "Momento II", para os profissionais médicos, e o curso de nível técnico para os Agentes Comunitários de Saúde.

As demais sugestões foram muito semelhantes às apresentadas para a capacitação dos membros das equipes que trabalhavam nas Ações Programáticas. Entretanto, 15,6% das respostas não especificaram o tipo de curso ou treinamento necessário; outros 15,6% fizeram questão de afirmar que não é preciso capacitação ou treinamento específico para esse trabalho, porque "se aprende na prática" ou porque os trabalhadores ou profissionais que estão próximos da aposentadoria não necessitam dessa capacitação.

Já 14,1% informaram a necessidade de treinamento sobre os vários programas que compõem a Ação Programática (Saúde da Mulher, Criança etc). Gerência ou gerenciamento foi tema sugerido por 7,6%; recepção, acolhimento, cartão SUS e rotinas em geral, por 7,6%; e imunização, esterilização, curativos, primeiros socorros etc., por 6,8% (Tabela 55).

Tabela 55. Distribuição das sugestões de cursos ou treinamentos para a Educação Permanente dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família. (ObservaRHSP, 2008).

Cursos ou treinamentos necessários – PSF	n	%
PSF: Momentos I - II e Curso Técnico para ACS	49	18,6
Não lembra / não sabe / não respondeu / não especifica / vários	41	15,6
Não precisa, aprende-se na prática, aposentadoria, não necessita	41	15,6
Saúde do adulto, criança, adolescente, mental, mulher, trabalhador, reprodutiva, bucal	37	14,1
Outros	26	9,9
Gerência, gerenciamento de projetos, gestão, rh	20	7,6
Recepção, acolhimento, cartão SUS, rotinas	20	7,6
Imunização, esterilização, curativos, procedimentos básicos e primeiros socorros	18	6,8
Computação e informática	7	2,7
Auxiliar de enfermagem e enfermagem	4	1,5
Total	**263**	**100,00**

6. A ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE SÃO PAULO: CONCEPÇÕES E OPINIÕES DOS RESPONSÁVEIS PELA ATENÇÃO BÁSICA E POR RECURSOS HUMANOS DA SMS/SP E DAS INSTITUIÇÕES PARCEIRAS DA SMS/SP

6.1 Os coordenadores de RH e o desenvolvimento do PSF em São Paulo

6.1.1 Opiniões sobre a Atenção Básica e o PSF

A coordenadora de RH da SMS/SP abordou as dúvidas e os questionamentos que apareceram sobre a adequação do modelo do PSF para uma cidade como São Paulo. Como acompanhou a experiência desde o início, quando o SES/SP implantou o QUALIS (Qualidade Integral em Saúde, 1996), e, depois, quando a SMS/SP incorporou suas equipes, na fase da Gestão Plena, achava que, se houvesse uma adesão grande à proposta do PSF, os moradores dos distritos da periferia seriam beneficiados em relação ao atendimento à saúde. Mostrou-se apreensiva, entretanto, com a discussão sobre a profissionalização do Agente Comunitário de Saúde:

> *"A prefeitura não tem condições de bancar; hoje temos 6.700 Agentes Comunitários de Saúde. Nem as instituições parceiras que pagam através do repasse* (de recursos financeiros pela SMS/SP)."

Já para a Coordenadora de RH da Coordenadoria Regional de Saúde da Zona Norte, o PSF veio para ficar:

> *"Chega como uma coisa importante, uma sensação de tendência para o futuro, num cenário em que não teremos mais Unidades prestando serviços diretos, mas sempre através dos Parceiros do Serviço Público."*

Partindo de sua experiência de quase três décadas na Prefeitura, considerou que a Administração Pública está caminhando para, daqui a mais ou menos 20 anos, não ter mais servidores diretos nem realizar Concurso Público para admissão de funcionários:

> *"O regime estatutário é pesado. O futuro é caminhar para a CLT, como os parceiros, as Organizações Sociais e seus próprios Recursos Humanos... Hoje, um médico do PSF, contratado pela parceira, pode ser dispensado; já o concursado para a SMS/SP leva anos* (para ser demitido)."

Demonstrou sua satisfação com as mudanças, afirmando que, no futuro, haverá 100% de cobertura do PSF na Atenção Básica:

> *"Tenho 32 anos de Prefeitura e estou muito satisfeita, pois percebo que hoje o modelo de assistência tem muito mais qualidade do que antes... Nas Unidades de PSF, as pessoas ligam e comentam... elas conseguem cobrir a área, atender a população."*

Entretanto, ambas as entrevistadas mencionaram, logo no início da entrevista, alguns problemas que afligem as Coordenadorias de RH: os salários diferenciados e as diferentes modalidades de vínculos que regem os profissionais em uma mesma UBS:

> *"... acho muito complicado para o Gerente administrar essa diferenciação de vínculos".*

Na visão das entrevistadas, pôde-se constatar uma valoração positiva sobre o PSF, ao mesmo tempo em que a complexidade de uma cidade como São Paulo exige ajustes no modelo. O tamanho da SMS/SP não permite comparação com as experiências de implantação do PSF nos demais municípios do país, que já contavam, na época desta pesquisa, com cerca de 50% de sua população coberta pelo PSF.

A avaliação do Programa no país demonstrou que não havia um padrão que permitisse a comparação, e, dentro dessa diversidade, a experiência da Cidade de São Paulo seria única, desde os aspectos físicos até as formas de contratação:

> *"... São Paulo desenvolveu o PSF através de parcerias. A parceria, que antes era complementação, virou modelo, e eu sinto que, em São Paulo, isso não tem mais volta".*

Na sua visão, isso compromete o futuro do PSF, sobretudo quando se pensa numa efetivação da Emenda Constitucional 51:

> *"... se você contratar pelo Serviço Público, como fazer para atender 10 milhões de habitantes? Com 948 Equipes, isso daria mais ou menos 10 mil pessoas. Como inserir 10 mil funcionários públicos?".*

Outro aspecto crítico do Programa é um desvio da proposta na prática, nas experiências centradas apenas no Agente Comunitário de Saúde e no Médico, enfatizando a tônica da assistência curativa e do tratamento, mas não desenvolvendo as ações de Promoção da Saúde. Como exemplo, cita o fato de o Ministério da Saúde estar implantando preceptorias para que o médico consiga atender melhor no PSF.

Para o Coordenador Regional de Saúde e para a Supervisora Técnica de Saúde, há grande entusiasmo em relação ao PSF e confiança em sua estratégia reordenadora da Atenção Básica no SUS. Ambos, egressos de uma experiência profissional de trabalho liberal em consultório particular, foram desenvolvendo suas carreiras na área pública por meio da realização de cursos ou da ocupação de cargos na estrutura da SMS/SP.

O sentido "reordenador" do PSF está em permitir, organizar e planejar estrategicamente as atividades na Atenção Básica, procedendo-se a análises imediatas, próximas da realidade, e, portanto, indo ao encontro das necessidades daquela população.

> *"... Aqui em São Paulo, cada região tem uma característica. As outras unidades que não trabalham no Sistema PSF ficam limitadas para produzir a organização e o planejamento estratégico de seus trabalhos."*

De maneira geral, os entrevistados consideraram que o modelo poderá levar à Prevenção e Promoção de Saúde, embora, na realidade atual da cidade, haja dificuldades, face aos diversos modelos de organização dos serviços existentes na Atenção Básica:

> *"... há Unidades Mistas e há Unidades PSF. Agora temos os AMA (Atenção Médica Ambulatorial). É difícil visualizar uma tendência... Como fica a estruturação?".*

Quanto às AMAs, consideraram que, embora estejam atendendo importantes necessidades de assistência na cidade, sua estrutura, as dificuldades com espaço físico e a sua implantação junto às UBS ou PSF devem ser vistas como uma solução "um tanto precária", além de se apresentarem problemas de ordem administrativa relativos aos recursos humanos e à questão salarial:

> *"... realmente é muito mais fácil ser médico de uma AMA por 12 horas do que ser médico da UBS cinco dias por semana".*

A convivência difícil que se coloca como um problema para o Gestor é vista pela administração central como transitória, pois, quando as condições permitirem, as UBS Mistas passarão a ser PSF:

> *"... então, mais à frente, você pode ter certeza, essas equipes vão deixar de existir junto. Precisamos é de um bom Gerente que tenha visão dos dois lados; os que têm AMA, precisam interagir com os profissionais para haver um trabalho integrado. Por exemplo, quando um paciente que eu controlo aqui na UBS e no PSF for ao AMA, será preciso que o médico que for atendê-lo não modifique, não interfira, não critique a condição estabelecida – apenas que atenda a necessidade imediata dele e o devolva para os seguimentos na UBS ou PSF".*

Outro entrevistado de nível local também reforçou esse sentido ordenador / reorientador do PSF, não só para a cidade de São Paulo, mas também para o Sistema de Saúde como um todo, para o SUS:

> *"... acho que é irreversível... É um caminho mundial. A gente está participando de um marco histórico, o SUS em São Paulo e a introdução do PSF só vem consolidando a Atenção Básica, ao se ampliar o PSF... São Paulo chegou atrasado, mas tem muita gente capacitada tecnicamente e pode correr atrás desse atraso".*

Para a coordenadora da Atenção Básica / PSF, há várias questões no modelo de Atenção que precisam ser repensadas:

> *"A inserção do médico é completamente diferente aqui em São Paulo, pois o profissional tem dificuldade de se envolver junto com o Agente Comunitário e com a população... Parece que é só o Agente Comunitário que faz PSF."*

Para essa entrevistada, a proposta requer ajustes não só no que se refere à inserção do Médico, mas também do Agente Comunitário de Saúde:

> *"... o papel do médico tem que mudar do Assistencial para o Promocional. E não colocar um monte de conhecimento na cabeça do Agente, transformando-o num Agente multiuso... se for para fazer isso, ele teria que ter curso superior, como Assistentes Sociais."*

Esses dois membros das equipes de Saúde da Família (médico e ACS) também foram apontados como uma preocupação pelo Coordenador da Região, especialmente no que diz respeito à formação de Médicos Generalistas, "Médicos de Família", como ele referiu, e à resolução do problema jurídico que envolve a contratação de Agentes Comunitários, que deve se adequar às exigências da lei e às características que o Programa exige:

> *"... a Saúde em São Paulo vai demorar alguns anos pra ter direcionamento, custos adequados e mais bem aproveitados. São Paulo vai precisar ampliar o programa, pois ele traz, efetivamente, uma qualidade a que o modelo anterior não estava respondendo. Passou-se por várias administrações, com várias coisas sem nenhuma base, só mais um programa daquela Gestão. É preciso olhar com um Programa de Governo, não de um partido. Com toda certeza, o PSF veio para ficar."*

Também para a Supervisora Técnica local, o PSF deve ser uma estratégia universal, mas falta muito para expandir o Programa, pois não há profissionais qualificados em número suficiente:

> *"... hoje, eu não tenho médico para esse Programa. A maioria é de recém-formados que entram, ficam uns tempos e saem. Se a gente fosse expandir para toda a cidade, não iríamos*

ter médicos. Correríamos o risco de desqualificar a proposta por falta de profissionais. E ainda tem essa do Agente, da Portaria que vai mudar (a exigência do ACS ter nível técnico)*."*

Quanto à expectativa de expansão da proposta, as posições dos entrevistados foram um pouco diferentes. Havia certeza, por parte do Coordenador Regional, de que o Programa seria expandido, implantando-se mais 300 equipes de Saúde da Família em São Paulo. Já a Coordenadora da Atenção Básica e PSF e a Supervisora Técnica local viam algumas dificuldades para essa expansão e apontaram a necessidade de se avaliar o impacto das experiências na população antes de se ampliar o PSF para outras áreas. A proposta desses entrevistados seria completar as áreas já implantadas com novas equipes, para garantir 100% de cobertura, e medir seu impacto:

"Se for expandir tem que ser nessas áreas com 50%. Naquelas onde não tem ainda, que não se implante... Depois precisamos ver o efeito da introdução desses AMA, e suas relações com as UBS e PSF, pois, de repente, o AMA encaminha o paciente com hipertensão, e lá na UBS esse paciente ouve: Olha, sinto muito, mas só daqui a 40 dias."

Houve considerações por parte de alguns dos entrevistados de que as Unidades Mistas poderiam constituir-se como uma solução melhor para a população, porque apresentam mais recursos. Em relação às expectativas em relação ao PSF, esses mesmos entrevistados reafirmaram seu empenho na expansão dos serviços na área central da cidade:

"A população fica confusa. Às vezes a população cadastrada é atendida pela Unidade que ela julga ter um especialista... como também pode ocorrer que um cadastrado passe por consulta eventual com o generalista e depois queira continuar a ser atendido pelo mesmo e não pode."

"... um modelo muito interessante porque é um modelo de inclusão onde se consegue trabalhar o território, a família... Você consegue ter no Agente Comunitário alguém da comunidade."

Em São Paulo, houve um atraso na municipalização do SUS e também na implantação do PSF: o município ficou afastado dessa discussão, enquanto outros estados e municípios foram avançando a partir de 1995. Quando a SMS/SP, em 2001, começou a implantar as equipes de Saúde da Família, houve um grande esforço para seleção e preparo dos Agentes Comunitários de Saúde pelo Centro de Formação de RH CEFOR. Foi elaborado um documento-base que definiu o PSF como estratégia, a linha de trabalho a ser implementada, e o processo caminhou. Atualmente, apresenta-se um grande desafio tanto para implantação de novas equipes quanto para a manutenção das mais de 1.000 equipes existentes:

"Eu acho que a gente vive hoje um momento de transição – e ela é lenta. É preciso esperar mudanças de pessoas, comportamentos, cultura... Vencer os desafios da continuidade, pois existem pessoas que ainda são refratárias ao PSF. Eu acho que vai precisar ainda mais dez anos para se ter a estrutura 100% de PSF em São Paulo."

Há pessoas que vêm o Agente Comunitário de Saúde como um trabalhador transitório, mas alguns entrevistados não concordam com essa opinião:

"Eu não vejo assim. Porque é ele que estabelece os vínculos com a região. Não tem como os profissionais de Saúde ser dali, morando ali. O Agente é da microrregião, e ter alguém que pertence à região faz a diferença".

A preparação do Agente Comunitário de Saúde representa um grande desafio. Como desenvolver sua capacitação técnica sem perder sua característica inicial, que é residir no local:

"... ser da região. Como juntar esses dois laços, pois a partir do momento em que ele se transforma em um técnico, que passa a ser um profissional da equipe, alguém da saúde, acaba talvez deixando de lado a comunidade... minha preocupação gira em torno disso: ele é da equipe, mas sem perder o lado da Comunidade."

Por sua vez, os responsáveis pelos Recursos Humanos nas três instituições parceiras de SMS/SP para a implantação do PSF no Município afirmaram, nas entrevistas, que estavam convictos do acerto do Programa, expressando entusiasmo em relação a ele, embora apresentassem algumas críticas aos processos de desenvolvimento:

> *"Ainda que existam intenções de acabar, tirar o Programa, a população já percebe que é direito seu, é a parte forte, além de muitas pessoas envolvidas com a proposta, que tem mais de dez anos."*

> *"... Acho o modelo a coisa mais fantástica que a gente pode ter para trabalhar com Saúde... É a melhor proposta que a gente tem para a Atenção Primária. Trabalha-se com vínculos, com proximidade ao território, não o planejamento de alguém muito distante. Tem um potencial enorme, mas é difícil de implantar."*

As dificuldades de execução do Programa foram bastante explicitadas, num enfoque mais técnico tanto de RH quanto de Política Pública, especialmente pela experiência anterior de trabalho das pessoas entrevistadas.

Um dos entrevistados nas instituições parceiras que vivenciou as lacunas do modelo de Ações Programáticas na Atenção Básica, em São Paulo, afirmou que sempre questionava os segmentos populacionais que eram excluídos daquele modelo, tais como os idosos, hipertensos e outros. Para ela, o PSF tem como "marca" a inclusão:

> *"... acho a melhor forma de atender a população excluída. Entendo que o SUS é o modelo ideal para todos, indiscriminadamente... Mas ele atende a todos se for bom... a população que tem recursos também vai. O serviço é público. É para todos. Mas, e quando eu tenho um bolsão de miséria numa região?".*

As instituições parceiras também apontaram as dificuldades atuais de se incluírem, no mesmo espaço físico, serviços de modelos assistenciais diferentes:

> *"... sou contra a Unidade Mista. Você coloca as Equipes de PSF, mas a população de abrangência é maior. Não se consegue fazer PSF e os médicos da UBS não conseguem sustentação para atender... É a mesma população. Ela cobra – por que ele não vem na minha casa?".*

6.1.2 O processo de seleção e o perfil dos trabalhadores para a Atenção Básica / PSF

Para a Coordenadora Central de RH da SMS/SP, o processo de seleção em si, no PSF, não apresenta grandes entraves: a Secretaria traça o perfil, e, no caso do funcionário estatutário, não há problemas. Mas nos contratos de emergência, por tempo determinado, o profissional se vincula menos, pois sabe que vai sair em um ano. Também os coordenadores de RH se preocupam com a formação desses profissionais e consideram positiva a política do Ministério da Saúde de aproximar a formação realizada pela academia com a prática realizada nos serviços:

> *"... talvez assim os profissionais se frustrem menos, porque a academia forma para ele atuar como profissional liberal, cheio de recursos e aí, quando vai para o mercado de trabalho... Assisti a uma apresentação do Dr. Francisco Campus, lá em Belo Horizonte... ele disse que só teve sucesso quando conseguiu convencer o CRM e as Universidades de que o PSF era o caminho. Só quando conseguir envolver o formador na Proposta."*

Os entrevistados dos três níveis de RH da SMS/SP enfocaram o Processo de Seleção como da competência dos parceiros. Acentuaram, entretanto, as dificuldades para a contratação de profissionais, especialmente de médicos. Enfatizaram que, embora existisse um documento norteador, o mercado de trabalho médico não apresentava uma oferta adequada, em número e qualidade, tais como as especificadas para o PSF. Assinalaram haver um descompasso entre a formação médica e a atividade na Atenção Básica e no PSF.

A oferta de médicos para esses modelos, segundo a opinião dos entrevistados, depende de importantes mudanças na estrutura curricular das Escolas de Medicina. Percebem possibilidades dessas mudanças, como o Programa Pró-Saúde (Programa de Reorientação da Formação dos Profissionais de Saúde), incentivado pelo Ministério da Saúde e pelo MEC desde o final de 2005, cuja proposta prevê a inserção de alunos de graduação nas UBS e na rede de serviços públicos desde o início de seu curso. Para esses entrevistados, a tecnologia da Atenção Básica exige um grande conjunto de conhecimentos sociais e humanos, configurando-se "um olhar mais denso e aplicado à realidade".

Os entrevistados dos três níveis da estrutura da SMS/SP não referiram dificuldades na seleção para Enfermeiros ou Auxiliares de Enfermagem para as equipes de PSF, já que há oferta abundante desses profissionais no mercado de trabalho.

6.2 Instituições Parceiras

As representantes das instituições parceiras apresentaram posicionamentos diferentes quanto à seleção dos profissionais: uma delas decidiu centralizar a seleção, embora para o Recrutamento tenha solicitado a colaboração da Coordenação da Regional. A outra realizou uma convocação para seleção de Agentes Comunitários de Saúde na própria microárea, organizando a seleção com a participação da Secretaria Municipal de Saúde. E a terceira expôs os critérios de seleção em um *site* que tem a função de captar Recursos Humanos.

No geral, o recrutamento e a seleção apresentaram problemas semelhantes nas três parceiras; as três referiram encontrar dificuldades para recrutar candidatos para o PSF, especialmente médicos. Para a seleção dos profissionais de enfermagem não foram relatadas dificuldades, o mesmo acontecendo para os auxiliares de enfermagem. Já quanto os Agentes Comunitários de Saúde, a demanda por vaga oferecida foi grande, permitindo melhor seleção face ao número de candidatos que se apresentam.

Em relação ao perfil dos trabalhadores requerido para esse tipo de trabalho, as instituições parceiras relativizaram a experiência: as dificuldades de oferta de profissionais acabaram por escamotear essa questão. Elas reconheceram, no plano teórico, os traços de formação necessários aos médicos para atuar na Atenção Primária, mas também que essa competência é difícil de ser encontrada. O que conseguiram foi contratar recém- formados ou residentes de várias especialidades.

Outro problema comum às instituições referiu-se à rotatividade do pessoal nas equipes do PSF, especialmente de médicos, fato constante que, segundo os entrevistados, exige interpretações, já que ainda não havia pesquisas sobre os motivos que os levavam a desistir do trabalho nessas equipes.

Houve também comentários sobre a rotatividade dos Agentes Comunitários de Saúde por uma das parceiras, fato que atribuiu à ausência de uma carreira, às situações estressantes enfrentadas no trabalho, ou ao fato de esses agentes iniciarem outros cursos na área da saúde e buscarem inserir-se no quadro efetivo do serviço público.

Nenhuma parceira referiu rotatividade de enfermeiros e de auxiliares de enfermagem, pois a oferta de mão de obra é grande, propiciando até lista de suplentes, caso haja desligamento de alguém.

6.2.1 A capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores

Durante as entrevistas, foram apresentadas as linhas de capacitação e reciclagem que o CEFOR (Centro de Formação de Recursos Humanos SMS/SP) desenvolvia, observando, os entrevistados ligados à administração pública municipal, que o CEFOR investia muito em capacitação, e que deveria também desenvolver um processo de avaliação sobre o quanto esse investimento tem levado a uma melhoria do atendimento.

> *"... a avaliação serve para fazer um planejamento para o próximo ano. Consideramos que já se investiu muito nos trabalhadores assistenciais da área, agora deveríamos estar in-*

vestindo também na capacitação e supervisão para as funções de Gerência".

No âmbito das Coordenadorias Regionais de Saúde, são desenvolvidas ações conjuntas entre o pessoal do Desenvolvimento de Recursos Humanos – DRH e o CEFOR. Havia, naquele momento, a intenção de capacitar 100% dos Agentes Comunitários de Saúde, ação que deveria ser desenvolvida pela Administração Direta.

Já nos cursos temáticos, as instituições parceiras também participavam; em alguns, a Parceira assumia a coordenação das atividades, e a Coordenadoria de RH auxiliava nos contatos. O conteúdo técnico era discutido com as assessorias específicas. Explicou uma das entrevistadas:

"... foi feita uma capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde, em 2007, e entramos com a preparação com o CEFOR... Aí a Secretaria do Verde trouxe o Projeto PAVS – Áreas Verdes Saudáveis. Ela começou e nós paramos: está em curso ainda e agora vai ser iniciado um módulo de saúde."

Existe disposição para capacitar os Agentes Comunitários de Saúde, com apoio do Ministério da Saúde, mas o nível de exigência e pressão sobre os Agentes do PSF é muito grande.

"Eles são muito requisitados; para tudo eles têm que ter um olhar. Tem que ter capacitação para leptospirose, para dengue, para tuberculose e para meningite! Coitados! Eles têm que ter um olhar holístico; mas eles são muito pouco valorizados".

Segundo os entrevistados, não é possível saber o que será da carreira do Agente Comunitário da Saúde de dentro ou fora do funcionalismo público, ou se haverá definição de uma carreira, com profissão reconhecida, no regime celetista. Atualmente, os gerentes de UBS são os que mais precisam de capacitação:

"Aqui temos muitos problemas de ordem gerencial. Cada gerente tem uma ideia, tem uma concepção, tem uma demanda específica. E tem que responder por coisas muito imediatistas. Difícil realizar o planejamento do trabalho, de se pensar em longo prazo".

Os entrevistados afirmaram não haver rotatividade entre os profissionais de enfermagem, porque há muitos enfermeiros querendo entrar para o PSF, mas ninguém sai. Percebe-se, segundo eles, certa rotatividade entre os Agentes Comunitários de Saúde, e isso tem atrapalhado a capacitação, que deveria ser para a equipe como um todo, e não em separado para cada profissional.

O CEFOR concentrava a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, enquanto a capacitação dos demais membros da equipe exigia deles um trabalho bem menor. No momento da pesquisa, ainda existia alguma capacitação, mas o CEFOR estava tentando construir um Banco de Dados sobre toda a capacitação que vinha sendo desenvolvida em toda a cidade, pois esse era um processo já descentralizado e muito diversificado:

"Já temos os relatórios de capacitações de 2005 para cá. Estamos organizando e eu posso saber quais cursos foram realizados, quantos participantes, quantas horas, público alvo etc.".

As demandas por capacitação cresceram e aconteciam de várias formas, e vinham de áreas diferentes da SMS: da Atenção Básica, dos Hospitais, do Gabinete. Para atender às solicitações, foram criados Núcleos Regionais (2003-2004): existiam, na época da pesquisa, cinco Núcleos de Educação Permanente e um Fórum de Desenvolvimento, e, com isso, muitas demandas eram atendidas na própria região pelo Núcleo. Outras iam para o CEFOR.

Para outros cursos, o CEFOR oferecia assessoria e orientação, especialmente os de Gestão, que eram de sua competência, e os de formação técnica, já que esses últimos cursos são reconhecidos pelo sistema educacional e seu certificado e/ou diploma tem vali-

dade nacional. Nesse sentido, na época da pesquisa, o CEFOR desenvolvia o curso de formação como Técnicos para cinco mil Agentes Comunitários, compromisso assumido com o Ministério da Saúde desde 2004, e pretendia cumprir o compromisso cobrindo todo o Módulo I (de 400 horas).

O CEFOR desenvolvia, ainda, um Programa de Recepção aos novos servidores, pouco ativo no momento da pesquisa, porque os concursos / processos seletivos se tornaram escassos. Esse programa estava voltado para servidores efetivos, contratados de emergência e recrutados pela própria SMS/SP; mas ainda não conseguia estabelecer relação com as instituições parceiras para o Programa de Recepção aos novos contratados. O CEFOR também preparou os professores dos cursos de formação, preocupado com a capacitação técnica e pedagógica para os Programas Específicos, Hipertensão, Diabetes, Doenças Crônicas, Mãe Paulistana, AMA.

Foram relatadas experiências bem sucedidas: uma delas, em 2004, junto com o Departamento de Ginecologia do Hospital das Clínicas, por meio da qual os profissionais passaram uma semana em sistema de atualização, e a avaliação sobre a experiência foi excelente.

Na percepção das instituições parceiras da Secretaria Municipal de Saúde, esse processo tem sido truncado, e se colocaram na expectativa de receber orientação da SMS, por meio do CEFOR, além de cobrar um plano de capacitação e desenvolvimento. Cada Parceira vinha enfrentando o problema com estratégias próprias.

6.2.2 Sobre a avaliação ou monitoramento dos trabalhadores

Apenas uma das Parceiras referiu acompanhar a atuação de seus supervisores que estavam sempre presentes nas Unidades. Procurava intervir, se a situação fosse de conflito nas equipes, por meio da aproximação com o Gerente, nem sempre fácil, pois ele não era funcionário da Instituição Parceira e era obrigado a administrar todos os funcionários: os públicos, os celetistas e os da Instituição Parceira. Procurava sempre reunir os Gerentes da Região para apresentar seu Plano de Trabalho.

6.2.3 Quanto à carreira

As Instituições Parceiras demonstraram preocupação com a Emenda Constitucional 51, que pretende regulamentar o trabalho e a formação dos Agentes Comunitários de Saúde, e uma delas expressou seu entendimento de que o problema da definição do vínculo e da carreira estatutária feriam a proposta do PSF, nos seus fundamentos: compreendia que a questão dos Agentes, no que diz respeito à precarização de direitos trabalhistas, existe, mas é um problema misturar essa questão do direito com a diretriz do Programa, que diz que os Agentes devem morar na região.

> *"... então, que vínculo tem essa pessoa? Não sei se ele tem que ser efetivado, ou se pode ser um trabalhador como outros, via CLT... e garanta tudo o que ele tiver de direito; ele é um trabalhador, não é voluntário, publiciza o Edital, com regras para a comunidade. Porque, vira e mexe a comunidade diz: Aquele não serve! Não quero mais."*

A preocupação com a implantação de uma carreira no PSF se concentrou no caso do Agente Comunitário de Saúde, e as instituições parceiras reagiram de acordo com a diversidade regional em que atuavam. Uma das entrevistadas salientou a questão do nível de escolaridade do Agente Comunitário de Saúde:

> *"... dadas as características, é um pessoal que não quer ficar marcando passo, continua a sua formação e logo procura uma categoria profissional condizente, seja na própria área, como auxiliar de enfermagem ou como ACD (Auxiliar de Consultório Dentário) ou ATA (Agente Técnico Administrativo). É difícil também a fixação, fica só quem só sabe as quatro operações... hoje é muito comum você ter Agente Comunitário de Saúde em São Paulo com nível universitário. Eles querem crescer, é muito difícil aquele Agente que mora lá na comunidade, que já conhece todo mundo, fazer sempre aquilo".*

6.2.4 Sobre as Instituições Parceiras da SMSSP[1]

Os entrevistados da Coordenação da Atenção Básica / PSF da SMS/SP e das Coordenadorias Regionais de Saúde apresentaram sua visão em relação às parcerias da SMS/SP. Consideraram que, no início, essa estratégia foi utilizada como um recurso para complementação da Atenção à Saúde, mas que, atualmente, se tornou um modelo em São Paulo, e que deve permanecer:

> *"... em São Paulo esse modelo não tem mais volta".*

No momento da pesquisa, a única relação que o CEFOR mantinha com as instituições parceiras era por meio dos Cursos Técnicos para Agentes Comunitários de Saúde: elas cediam professores para os cursos do CEFOR, e esse último se responsabilizava pela capacitação técnica e pedagógica dos enfermeiros das instituições parceiras, que seriam os instrutores dos cursos técnicos.

As entrevistadas nas instituições parceiras manifestaram também opiniões sobre elas próprias; consideraram que são diferentes entre si, não só na estrutura, mas também na experiência que vem sendo acumulada sobre essa linha de trabalho. Todas se ressentem da falta de troca de experiências e de comunicação entre elas, embora sejam constantes os contados estabelecidos.

Manifestaram a necessidade de se formar um grupo que discuta processos, avaliações, ferramentas de trabalho, já que o volume de procedimentos é imenso e não permite que se desenvolvam experiências solitárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sobre os Recursos Humanos na Atenção Básica em Saúde no município de São Paulo considerou os três modelos de organização dos serviços de Atenção Básica identificados no período. Das 87 Unidades, 43 UBS eram organizadas no modelo exclusivo de AP; 23, no modelo exclusivo do PSF; e 21 eram Mistas. Essas UBS estavam localizadas em seis Supervisões Técnicas de Saúde (STS); cinco delas pertenciam à Coordenadoria Regional de Saúde Norte, SMS/SP, e uma, à STS Sé, da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, SMS/SP.

As 87 unidades contavam com 4.968 pessoas entre os trabalhadores, sendo que, nas Unidades do Tipo AP, se encontrava o maior percentual de trabalhadores (40,6%), seguidas das unidades Mistas, com 30,8%. As Unidades organizadas sob o modelo do PSF eram as que apresentavam menor percentual de trabalhadores: 28,5%.

Observou-se que 80,7% (4.008) desses trabalhadores pertenciam ao sexo feminino, confirmando-se a tendência geral de feminização da força de trabalho em Saúde, sendo que essa tendência foi mais acentuada nas Unidades organizadas sob o modelo do PSF, provavelmente pela inserção dos Agentes Comunitários, em sua grande maioria do sexo feminino.

Quase metade deles tinha entre 41 e 60 anos; 72,6% eram naturais da região Sudeste do país e, dentre esses, a maioria nasceu no estado de São Paulo. Verificou-se que 38,6% dos trabalhadores ocupavam cargos que exigiam Nível Médio de escolaridade; 30,8%, cargos que exigiam Nível Superior Completo; e 30,5% eram cargos de Nível Operacional, que exigiam o Nível Fundamental de escolaridade, mesmo que incompleto. Na distribuição dos grupos, pôde-se perceber que os profissionais em cargos de Nível Superior e trabalhadores de Nível Médio eram mais frequentes em Unidades do modelo AP.

Na amostra de 621 trabalhadores sorteados nessas 87 UBS e entrevistados pelo Sistema ETAC, 41,2% atuavam em Unidades do modelo AP; 33,3%, em Unidades de modelo Misto; e 25,3%, em Unidades do modelo do PSF.

O maior percentual de entrevistados (79,4%) também era do sexo feminino, mantendo-se a característica do universo da pesquisa. A feminização manteve-se acentuada em todas as categorias profissionais, especialmente entre os enfermeiros, caso em que chegou a 92,6%, mas foi menor entre os médicos (53,7%).

[1] Essa pergunta não foi dirigida a Coordenação Central de Recursos Humanos da SMS/SP.

Quanto à idade, 67,6% dos entrevistados tinham entre 40 e 59 anos, o que aponta para o predomínio de trabalhadores mais idosos na força de trabalho da Atenção Básica na região, especialmente entre os que trabalhavam nas unidades de. Uma das hipóteses que poderia explicar esse achado é que a implantação recente do PSF no município, a partir de 2001, foi realizada por meio de convênios da SMS/SP com instituições parceiras que contrataram as equipes pelo regime da CLT, procurando selecionar alguns trabalhadores mais jovens, enquanto os trabalhadores das UBS no modelo AP, por serem concursados antigos da SMS ou da SES/SP, no regime estatutário, já tinham se inserido na Atenção Primária em décadas anteriores.

Observou-se nesta pesquisa que, no caso da cidade de São Paulo, a grande maioria dos trabalhadores da Atenção Básica mantém vínculos de trabalho estáveis: nas de modelo AP e em parte nas Mistas, percebe-se um contingente de funcionários públicos, no regime estatutário. E, nas unidades do PSF, acentua-se o número de trabalhadores contratados sob a CLT pelas instituições parceiras da SMSSP. Assim sendo, no caso deste município, o processo mais acentuado é de terceirização da força de trabalho, e não de precarização, com se tem anunciado em outros municípios ou regiões do país (Nogueira, 2002; Medeiros, 2007).

Observou-se, ainda, que, diferentemente das outras categorias profissionais, 43,2% dos Agentes Comunitários se encontravam na faixa etária de 30 a 39 anos. Mais da metade dos entrevistados era casada e tinha um ou dois filhos; 61,4% era natural do próprio município de São Paulo, enquanto 18,7% haviam nascido no interior do estado de São Paulo.

Apenas dois entrevistados não haviam concluído o Ensino Fundamental; 96,1% completaram o nível médio; 70,2%e iniciaram cursos de Nível Superior e, desses, mais de 90% o haviam concluído. Observou-se que 322 profissionais de Nível Superior cursaram especialização, e dentre os Auxiliares de Enfermagem e componentes das Equipes Administrativas, para os quais só era exigido o Nível Médio, encontraram-se seis trabalhadores que tinham Nível Superior de formação e ainda haviam completado um curso de Especialização.

Os cursos de Especialização mais cursados entre os entrevistados foram Saúde Pública e alguns da área clínica, como Pediatria e Infectologia. Informaram, ainda, que 32,0% tinham completado cursos de Nível Técnico, sendo o mais frequente o de Técnico de Enfermagem, seguido dos de Administração, Contabilidade, Informática e Magistério, mas em porcentagens muito pequenas. Foram capacitados 64,8% dos entrevistados para atuação nos diferentes Programas de Saúde e no PSF, por meio dos cursos introdutórios, Momento I, e de capacitação em clínica, Momento II.

Quanto ao tempo de trabalho na Unidade, 12,9% já trabalhavam ali havia mais de 10 anos, e 6,3%, havia mais de 20 anos, o que aponta para a existência de um contingente de trabalhadores antigos nessas Unidades, característica mais acentuada nas Unidades AP. Dentre os entrevistados, 46,7% tiveram experiência de trabalho na área hospitalar antes de trabalhar na Atenção Básica.

Analisando-se a rotatividade dos trabalhadores da Atenção Básica, 45,6% dos entrevistados relataram ter tido experiência em outra unidade anteriormente. Proporcionalmente, os trabalhadores das Unidades do modelo AP mudaram mais de UBS do que os que trabalhavam das Unidades Mistas e PSF; 36,7% dos entrevistados declararam ter trabalhado em apenas mais uma outra unidade além da atual, enquanto 16,3% trabalharam em duas outras unidades. Chamou atenção que 15,9% informaram ter trabalhado em três outras unidades, e 1,8%, em seis ou sete outras unidades.

Por seu lado, 32% relataram ter mudado de local de trabalho nos três anos anteriores à pesquisa, e os profissionais do Modelo PSF foram os que apresentaram a menor frequência de mudança. As explicações apresentadas pelos entrevistados para as mudanças de local de trabalho foram, por ordem decrescente: tipo de trabalho, problemas com a chefia, distância da unidade, motivos financeiros, horário e condições físicas da Unidade.

A grande maioria dos entrevistados (88,4%) considerou baixa a rotatividade dos trabalhadores da Atenção Básica vinculados às Unidades do modelo das Ações Programáticas, de forma exclusiva ou Mista.

Justificaram sua opinião argumentando que esses trabalhadores fizeram concurso público e escolheram o local de trabalho a partir das vagas existentes.

Os médicos foram apontados como os que apresentavam maior rotatividade no trabalho das UBS modelo AP, em virtude do salário, por encontrarem outras oportunidades de trabalho, pela busca de Unidades mais próximas de suas residências, pelo fato de terem outros empregos e não conseguirem conciliá-los e por causa da carga horária e das condições de trabalho.

Na sequência, os auxiliares de enfermagem foram apontados como a segunda categoria ocupacional em termos de rotatividade nas Unidades do modelo AP, para buscar um local de trabalho mais próximo de sua residência e por questões salariais. Os enfermeiros, a terceira categoria profissional mais citada, porque têm outras oportunidades de trabalho ou por não se adaptarem ao tipo de trabalho da Atenção Básica. Para a rotatividade dos membros das equipes administrativas, a quarta mais citada nesse quesito, o principal motivo apontado foram as relações com a gerência, desvio de função e busca por uma Unidade mais próxima à residência.

Já no caso dos trabalhadores do modelo de PSF exclusivo ou das equipes de Saúde da Família das Unidades Mistas, foi de 68,3% o percentual de entrevistados que achavam que a rotatividade era baixa. Ao mesmo tempo, 29,8% afirmavam que a rotatividade desses trabalhadores era alta, justificada, em ordem decrescente, por: carga horária excessiva, salário, outras oportunidades de emprego, busca pela residência médica e insatisfação ou decepção com o trabalho.

Nessas equipes, os médicos também foram apontados como a categoria profissional que apresentava maior rotatividade, seguida dos Agentes Comunitários, dos enfermeiros e dos auxiliares de enfermagem. No caso dos médicos, os principais motivos alegados foram: para fazer residência médica, por causa da carga horária, por que tinham outras oportunidades de emprego, por causa do salário, por falta de perfil e por serem recém-formados.

Em seguida, apareceram os Agentes, por causa da mudança de residência para fora da área de abrangência de sua equipe ou por causa de outras oportunidades de emprego. Os enfermeiros, por causa de outras oportunidades de emprego, de insatisfação, busca por Unidades mais próximas de sua residência e sobrecarga de trabalho. Os auxiliares de enfermagem, por causa da carga horária, de outras oportunidades de emprego e por terem outros empregos ao mesmo tempo. Por fim, os membros das equipes administrativas, por encontrarem outras oportunidades de emprego ou, até mesmo, por deixarem de trabalhar na área de saúde.

As sugestões apresentadas para diminuir a rotatividade nas Unidades de AP foram, por ordem decrescente: aumento dos salários, melhoria das condições de trabalho, melhoria do entrosamento entre as equipes e a gerência, capacitação ou treinamento das equipes, realização de mais concursos públicos, valorização profissional, incentivo e respaldo ao profissional e seleção de profissionais com perfil para a Atenção Básica.

Já para diminuir a rotatividade entre os membros das equipes de Saúde da Família, as sugestões foram: melhoria do processo de seleção respeitando o perfil adequado, aumento de salário, capacitação das equipes, melhoria das condições de trabalho, alteração na carga horária, valorização profissional e criação de carreiras.

Quanto aos gerentes das UBS estudadas, mais da metade considerou que a rotatividade dos trabalhadores é um dos problemas a serem enfrentados na Atenção Básica. Proporcionalmente, os gerentes das Unidades Mistas foram os mais enfáticos nesse sentido; a categoria médica também foi apontada pelos gerentes como a de maior rotatividade, seguida dos funcionários administrativos, enfermeiros, agentes e auxiliares de enfermagem.

Os gerentes citaram várias medidas que vinham sendo tomadas para enfrentar essa rotatividade. A principal delas visava "criar um ambiente de trabalho agradável e estimulante", especialmente em relação aos médicos das Equipes de PSF; investir no trabalho em equipe, criar espaços de discussão do trabalho e socialização das informações, discutir os princípios e objetivos da Atenção Básica, inserir o profissional em projetos diferentes, diminuir as situações de conflito, diminuir a demanda espontânea e pontual, discutir os princípios da Atenção Básica ou PSF com o

Conselho Gestor da UBS, ao mesmo tempo em que investiam na melhoria do acolhimento da Unidade.

Um grupo de gerentes, entretanto, declarou-se impotente diante da rotatividade, considerando que essa é uma opção do profissional e que, como gerentes, não tinham como evitar a transferência dos médicos e das equipes de PSF, ou mesmo o pedido de demissão de seus membros. Consideravam que não tinham governabilidade sobre essas questões, porque elas seriam decorrentes da política salarial adotada pela SMS e da localização das UBS no município.

Alguns gerentes relataram, ainda, que, no caso das equipes de Saúde da Família, vinham procurando relacionar-se com as Instituições Parceiras da SMS/SP que contratavam os profissionais, no sentido de discutir e interferir no perfil do profissional que viria a ser selecionado.

Como principais motivos de satisfação no trabalho na Atenção Básica, os entrevistados apontaram a possibilidade de resolver os problemas apresentados pelos usuários ou suas famílias, seguida do sentimento de ser valorizado pelos usuários, de fazer o que gostam, da possibilidade de desenvolver em equipe, e do entrosamento com a comunidade.

Já os motivos mais frequentes de insatisfação estariam, segundo eles, ligados às condições de trabalho: salário, falta de material, horário, distância, número de famílias atendidas por equipe no PSF e falta de continuidade do programa. Seguiram-se motivos referentes à insuficiência do atendimento frente às necessidades da população, de acesso a exames complementares e o pronto atendimento às suas queixas. Referiram, ainda, desvalorização profissional e autoritarismo das chefias, excesso de cobrança e dificuldade de diálogo entre funcionários. Outros revelaram sentimentos de impotência diante dos problemas sociais enfrentados pelas famílias atendidas, tais como violência, desemprego, drogas, falta de saneamento etc.

Os motivos apresentados pelos entrevistados para trabalhar na Atenção Básica, em seus diferentes modelos, foram variados: perspectiva de vida, ter perfil para esse tipo de trabalho, gostar de saúde pública, ter sido aprovado em concurso público ou em processos seletivos, oportunidade de emprego ou falta de opção face ao desemprego, carga horária, trabalhar em equipe ou em prevenção, conseguir evoluir na carreira, a crença na proposta, vocação, opção e admiração.

As sugestões mais frequentes entre os entrevistados para melhorar a Atenção Básica referiram-se ao aprimoramento, à expansão e à melhor distribuição das Unidades e das equipes de Saúde da Família; em seguida, apareceram propostas de educação permanente e melhoria do processo seletivo dos profissionais; melhoria das condições de trabalho, aumento de salário e equiparação salarial entre as parceiras que contratam para o PSF, auxílio periculosidade, plano de carreira, concursos públicos, redução de carga horária, implantação de UBS mais próximas das residências dos trabalhadores.

Algumas sugestões referiram-se à melhoria do acesso a atendimentos de maior complexidade, à agilidade na marcação de consultas especializadas e exames complementares, e à criação de núcleos de especialidades para atendimentos dos usuários encaminhados pela Atenção Básica.

Quanto às sugestões dos entrevistados para a capacitação e educação permanente dos trabalhadores das Unidades exclusivas de AP ou Mistas, número significativo referiu apenas essa necessidade de capacitação e educação permanente, mas sem definir em que áreas ou temas específicos; outro grupo argumentou que não era necessária capacitação ou educação permanente para o trabalho na Atenção Básica, porque "se aprendia na prática", ou porque a proximidade da aposentadoria eximia os trabalhadores de frequentarem essas atividades.

A maior frequência de sugestões para capacitação e educação permanente foi dirigida a conhecimentos relativos à imunização, à esterilização e a procedimentos básicos, que estão mais relacionados ao pessoal de nível técnico da área de enfermagem. Seguiram-se conhecimentos relativos aos programas que são desenvolvidos nessas Unidades, tais como: Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Reprodutiva, Mental e Bucal; na área de gerência e gerenciamento; computação e informática; além das atividades de recepção, acolhimento, cartão SUS e rotinas em geral.

Para os trabalhadores das equipes de Saúde da Família, seja em Unidades exclusivas do PSF ou em

Unidades Mistas, a maioria das respostas contemplou as especificidades do trabalho no PSF, como o Curso Introdutório, denominado "Momento I", para todos os membros da equipe, o Curso de Atualização Clínica, denominado "Momento II", para os médicos, e o Curso de Nível Técnico para os Agentes Comunitários de Saúde. As demais sugestões foram muito semelhantes às apresentadas para a capacitação dos membros das equipes que trabalhavam nas AP.

Tanto os Coordenadores da SMS/SP quanto os representantes das Instituições Parceiras abordaram e discutiram a profissionalização do Agente Comunitário de Saúde; alguns deles mostraram-se apreensivos com a transformação do Agente em profissional de nível técnico, contrapondo-se aos princípios e diretrizes do PSF, em especial à exigência de residir na área de atuação.

Os Coordenadores de RH apontaram problemas que os afligem: os salários diferenciados e as diferentes modalidades de vínculos que regem os profissionais em uma mesma UBS. Na visão de representantes dos três níveis de estrutura da SMS/SP, foi possível constatar uma valoração positiva do PSF, bem como foi comum, entre os entrevistados, a constatação de que a cidade de São Paulo oferece tal complexidade que exige ajustes no modelo. Outro aspecto crítico do Programa apontado pelas direções de RH da SMS/SP: um desvio da proposta, isto é, o modelo baseado no Agente Comunitário de Saúde e no Médico teria acentuado a tônica da assistência e do tratamento, não se centrando, entretanto, na concepção de Promoção da Saúde.

Já na visão do Coordenador Regional de Saúde do Centro-Oeste e da Supervisora Técnica de Saúde da Sé, embora houvesse grande entusiasmo em relação ao PSF e confiança em sua estratégia "reordenadora" da Atenção Básica no SUS, sentiam dificuldade na convivência dos vários modelos de organização na Atenção Básica; a situação era difícil e se colocava como um problema para o Gestor.

Os médicos e os agentes também foram apontados como outra importante preocupação: a não existência de médicos generalistas ou médicos de família e a dificuldade de resolução do problema jurídico que envolve a contratação dos agentes. A Supervisora Técnica de Saúde da Sé era da opinião de que a Unidade Mista poderia constituir-se como uma solução melhor para a população, porque tem mais recursos. Quanto às expectativas em relação ao PSF, afirmou estar empenhada na expansão dos serviços em sua área. Também os responsáveis pela área de Recursos Humanos das três Instituições Parceiras da SMS/SP para a implantação do PSF no Centro e na região Norte da cidade declararam estar convictos do acerto do Programa, expressando entusiasmo em relação a ele, mas apresentando críticas ao seu desenvolvimento na cidade.

Quanto aos processos de seleção para a composição das equipes de Saúde da Família, a Coordenadora Central de RH da SMS/SP considerou que o processo não apresentava grandes entraves: a Secretaria traçava o perfil, e, no caso do funcionário estatutário, não havia problemas. Nos contratos de emergência, por tempo determinado, entretanto, o profissional vinculava-se menos, pois sabia da saída em um ano. Enquanto Coordenadora de RH, preocupava-se com a formação desses profissionais e considerava positiva a política do Ministério da Saúde de incentivar a aproximação da formação ministrada pela academia com a prática nos serviços.

O Coordenador da Região Centro-Oeste e a Supervisora Técnica da Sé condicionaram a oferta de médicos a mudanças drásticas na estrutura curricular das Escolas de Medicina, indicando que há possibilidade de mudanças, como o Programa Pró-Saúde (Programa de Reorientação da Formação dos Profissionais de Saúde), incentivado pelo Ministério da Saúde e pelo MEC, desde o final de 2005. Esse Programa coloca os alunos de graduação em contato com a rede de serviços, bem como com os conteúdos da Atenção Básica e da Saúde Pública, desde o início de seu curso. Ressaltaram, ainda, que a tecnologia da Atenção Básica exige um grande conjunto de conhecimentos sociais e humanos, configurando um olhar mais denso e aplicado à realidade. Os entrevistados dos três níveis da estrutura da SMS/SP não referiram dificuldades na seleção para enfermeiros ou auxiliares de enfermagem para as equipes de PSF, já que, segundo eles, havia oferta abundante desses profissionais no mercado de trabalho.

As instituições parceiras evidenciaram diferenças quanto à linha de trabalho adotada para recrutamento e seleção de pessoal. A ISCMSP centralizou a seleção, embora, para o Recrutamento, tenha solicitado a colaboração da Coordenação da Regional de Saúde Norte, na qual está localizado um de seus hospitais. A ASF fez uma convocação dos Agentes na própria microárea, mas organizou a seleção com a participação da Secretaria Municipal de Saúde. O recrutamento e a seleção apresentavam problemas semelhantes nas três Parceiras: as três referiram encontrar dificuldades para recrutar candidatos para o PSF, especialmente médicos, fazendo com que fosse contratado o profissional possível, nem sempre o mais adequado. Também para os representantes das Parceiras não havia dificuldades para a seleção dos profissionais de enfermagem, o mesmo acontecendo com os auxiliares de enfermagem. Já quanto aos Agentes Comunitários de Saúde, a demanda era maior, permitindo melhor seleção.

Outro problema comum às instituições foi a rotatividade do pessoal nas equipes do PSF; segundo elas, os Agentes mudavam por falta de motivação, ausência de carreira, por considerar sua situação como temporária, por enfrentar situações estressantes, inadequação ou medo. Muitos deles despertaram para as profissões de Saúde, foram fazer cursos e procuraram se inserir no quadro efetivo do serviço público ou em empregos mais estáveis. Nenhuma Parceira referiu rotatividade de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, pois a oferta de mão de obra é grande, propiciando até a constituição de listas de candidatos suplentes para o preenchimento de vagas em caso de demissão de algum contratado.

A Coordenadora de RH Central expôs as linhas de capacitação e reciclagem que o CEFOR (Centro de Formação de SMS/SP) desenvolvia. Considerou que o processo estava direcionado para os programas e metas. Para a entrevistada, investia-se muito em capacitação, mas deveria ser desenvolvido um processo de avaliação do quanto esse investimento tem levado à melhoria do atendimento. Já no âmbito das Coordenadorias Regionais de Saúde, apontou a existência de ações conjuntas entre o pessoal do Desenvolvimento de Recursos Humanos – DRH e o EFOR. Ainda segundo ela, não é possível saber o que será da carreira do Agente Comunitário da Saúde, dentro ou fora do funcionalismo público; se haverá definição de uma carreira, com profissão reconhecida no regime celetista. Para a entrevistada, atualmente, os gerentes de UBS são os que mais precisam de capacitação.

Para a Coordenadoria de Atenção Básica e PSF da SMS/SP, a capacitação é de responsabilidade das Instituições Parceiras, pois a SMS lhes repassa recursos financeiros para isso. O CEFOR também vinha direcionando essa tarefa para as Parceiras. No momento, o CEFOR estava empenhado na formação de 5.000 Agentes, como trabalhadores de nível técnico, compromisso assumido com o Ministério da Saúde desde 2004. Entretanto, a exigência do Ministério da Saúde para a formação dos Agentes de um módulo inicial com carga horária de 400 horas, desenvolvido com metodologia de integração ensino-serviço, não permitia que essa atividade fosse centralizada.

Foi comum a observação, entre as três Parceiras, de que a capacitação dos funcionários da Atenção Básica é um tema bastante complexo e que não tem sido fácil. Elas se colocavam na expectativa de receber orientação da SMS, por meio do CEFOR, e também cobraram a definição de um plano de capacitação e desenvolvimento para os membros das equipes de Saúde da Família, pois cada Instituição Parceira vem enfrentando o problema com estratégias próprias. Todas reconhecem a necessidade de organização das atividades, da articulação com o Centro de Integração e Ensino e Serviços – CIES (antigo Polo de Educação Permanente da Grande São Paulo da SES/SP). Também defendem a necessidade de desenvolvimento dos trabalhadores do PSF, não só para capacitação.

Quanto à Avaliação ou Seguimento dos Profissionais, apenas a SPDM se manifestou: referiu trabalhar acompanhando a atuação de seus supervisores, sempre presentes nas Unidades. Procurava intervir, se a situação fosse de conflito nas equipes, por meio da aproximação com o Gerente, o que vinha sendo difícil, pois, além de esse último não ser funcionário da Parceira, ainda tem que administrar todos os funcionários: os públicos, os celetistas e os da Instituição Parceira.

Quanto à visão sobre as instituições parceiras[2], a Coordenação da Atenção Básica / PSF da SMS/SP e as Coordenadorias Regionais de Saúde consideraram que, no início, a estratégia de parceria foi utilizada pela SMS/SP como um recurso para complementação da Atenção à Saúde, mas que se tornou um modelo em São Paulo, e que deve permanecer.

As Instituições Parceiras, por sua vez, referiram suas preocupações com a Emenda 51, para os Agentes; entendiam que o problema da definição do vínculo e da carreira estatutária feria a proposta do PSF nos seus fundamentos; afirmaram que, embora compreendessem as questões relativas à precarização de direitos trabalhistas, consideravam que é um problema misturar essa questão do direito com as Diretrizes do PSF, em especial aquela que recomenda que os ACS devam morar na região em que trabalham.

As Instituições Parceiras manifestaram suas opiniões sobre elas próprias e sobre as demais: consideraram que são diferentes entre si, não só na estrutura, mas também nas experiências que vêm sendo acumuladas. As três se ressentiam da falta de troca de experiências e de comunicação entre elas, embora haja reuniões conjuntas; a comunicação com a SMS/SP também se apresentava sempre "muito interrompida" e, na maioria das vezes, centrada apenas na discussão sobre a produção das equipes. Manifestaram, também, a necessidade de formação de um grupo que discuta processos, avaliações e ferramentas de trabalho, já que o volume de procedimentos é imenso e não permite que se façam experiências solitárias.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Portaria Interministerial 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, para os Cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília: Ministério da Saúde / Ministério da Educação; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Portaria Interministerial 1.802, de 26 de agosto de 2008. Programa de Educação pelo Trabalho – PET-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde / Ministério da Educação; 2008.

Cohn A, Nakamura E, Cohn C. O Programa de Saúde da Família entre o público e o privado. In: Viana ALDA, Elias PEM, Ibanez, N (org.). Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 169-85.

Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RMG, Silva JA, Seixas PHDA. Primeiro Relatório Técnico-Científico – Novos modelos de Assistência à Saúde: avaliação do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 2000.

Luppi CG, Marsiglia RMG, Sala A, Simões O. Integralidade e modelos de Atenção Básica na cidade de São Paulo. Relatório CNPq, 2008. Disponível em: www.cealag.com.br.

Marsiglia RMG, Carneiro Jr. N. O PSF e princípios do SUS: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do PSF em áreas metropolitanas. In: Cohn A (org.). Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue / São Paulo: Cedec; 2009. p. 93-112.

Marsiglia RMG. Perfil dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no município de São Paulo: região Norte e Central da cidade. Revista Saúde e Sociedade 2011; 20(4):900-11.

Medeiros SM, Souza TO, Macedo MLF, Silva OLS. Condições de trabalho, riscos ocupacionais e trabalho precarizado: o olhar dos trabalhadores de enfermagem. In: Castro JL (org.). Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN; 2007. p.161-200.

Mota A, Schraiber LB. Atenção primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. Revista Saúde e Sociedade 2011; 20(4):837-52.

Nemes MIB. Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber LB (org.). Programação em Saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 65-116.

Nogueira RP. O trabalho em Saúde hoje: novas formas de organização. In: Negri B, Faria R, Viana ALDA (org.). Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas / São Paulo: Unicamp / IE; 2002. p. 257-73.

Schraiber LB (org.). Programação em Saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (org.). Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Viana ALDA, Silva HP. Saúde em grandes centros. In: Viana ALDA, Elias PEM, Ibanez N (org.). Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 189-210.

[2] Essa pergunta não foi dirigida a Coordenação Central de Recursos Humanos da SMS/SP.

CAPÍTULO 2

Os Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo

Joana Azevedo da Silva

RESUMO

OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE SÃO PAULO: O estudo cujos resultados são apresentados neste capítulo objetivou o aprofundamento qualitativo de alguns aspectos relacionados com o PSF na cidade de São Paulo, aspectos esses evidenciados em pesquisa anterior. Entre eles, a união da equipe, a relação / interação entre seus membros e, principalmente, as concepções e as expectativas do Agente Comunitário de Saúde, considerado pilar da estratégia. Tratava-se, então, de aprofundar a exploração e, por consequência, o conhecimento sobre esse Agente que atuava em grandes cidades, sobre a sua inserção na equipe, sobre o que ele esperava dessa estratégia. Foi desenvolvido estudo de natureza qualitativa, na modalidade Estudo de Caso, tendo como cenário a região Norte da cidade, onde o PSF é administrado em parceria da Secretaria Municipal de Saúde com três instituições: Santa Casa de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp e Associação Saúde da Família. Optou-se pelo sorteio como método de definição das unidades, equipes e Agentes Comunitários a serem estudados / observados / entrevistados. Foram entrevistados também sujeitos que, direta ou indiretamente, contribuíam para a definição do perfil e do trabalho do Agente Comunitário de Saúde do PSF da cidade de São Paulo e para a conformação da equipe e seu projeto. A análise dos dados apontou para individualidade no trabalho de cada equipe, no acontecer do PSF, em cada unidade de saúde estudada. Também no que corresponde aos demais sujeitos que viabilizavam o PSF, nessas equipes, o dominante foi de diversidade de entendimentos, de concepções. Entretanto, mais do que tentar explicar as diferenças encontradas dentro dos próprios limites do programa, da equipe, dos seus integrantes, ter-se-ia que enfocar o contexto, os movimentos da cidade de São Paulo, para (re)organizar a atenção básica, o que certamente levará a indicativos sobre limites e possibilidades da contribuição do PSF e, principalmente, do Agente Comunitário de Saúde na organização da Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo. Além disso, aspectos externos ao programa, entre os quais as condições concretas de uma metrópole com a complexidade de São Paulo, com um sistema de saúde estruturado, as demandas da população, a incorporação tecnológica, a expansão do complexo médico-hospitalar, o mercado de trabalho, as exigências e oportunidades educacionais e as expectativas dos profissionais, em especial dos Médicos e dos próprios

Agentes, entre outros, conformam um cenário que, certamente, informa as acomodações da estratégia, inclusive a construção de identidades profissionais.

Descritores: Recursos humanos para a atenção básica à saúde; Programa Saúde da Família; Agente comunitário de saúde.

ABSTRACT

THE COMMUNITY HEALTH OFFICER OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN SÃO PAULO CITY: This chapter presents results of a study which goal was to get a better qualitative understanding of some aspects of the Family Health Program (FHP) in the city of São Paulo, aspects which was highlighted by previous research. In particular, the union of the team, the relations / interactions between its members and, above all, the ideas and expectations of the Community Health Officer, considered the main pillar of the strategy. It therefore relates to the better understanding of the officer acting in the largest cities, his/her placement in the team and his/her expectations regarding the strategy. A qualitative case study was developed based in the North region of the city, where the FHP is administered as a joint venture between the Secretaria Municipal de Saúde *and three other institutions:* Santa Casa de Sao Paulo*,* Universidade Federal de Sao Paulo *and* Associacão Saúde de Família*. A lottery system was used to determine the units, teams and officers to be studied, observed and interviewed. Interviews were also conducted with those who contributed directly or indirectly to the definition of the profile and the duties of the Community Health Officers of the FHP in the city of São Paulo, and to the composition of the teams and its projects. Data analysis highlighted an individual approach in the work of each team in each health unit studied during the FHP. Also for the other individuals that contributed to the HFP, the dominant characteristic was the diversity of understandings and conceptions. However, beyond simply trying to explain the differences within the program, teams and officers, we have to focus on the context, the movement in the city of São Paulo, to reorganize basic services which will lead to clues regarding the limits and possibilities of the HFP to contribute to basic health services in the city of São Paulo. Beyond that, factors external to the program, such as the conditions of a metropolis with the complexity of São Paulo, with a structured health system, the demand of its population, the incorporation of technology, the educational requirements and its opportunities, the expectations of the professionals, in particular doctors and officers, create a scenario which educates us regarding aspects of the strategy, including the development of professional identities.*

Keywords: *Human resources to the basic health services; Family Health Program; Community Health Officer.*

"Faço, faço trabalho de agente... Além do trabalho de Agente Comunitário de Saúde, eu presto assistência às famílias, não só da minha microárea, mas das demais também. Porque a gente presta cursos de pintura, o curso de alfabetização... Lutamos muito por um curso de informática, que é o Telecentro – onde as pessoas agradecem muitíssimo por ter e não precisa pagar nada, é a Prefeitura que banca. E esses cursos de... como falou: Internet, e tudo, eles adoram participar. Isso, eu me dedico muito a isso" (Agente Comunitária de Saúde, Região Norte, São Paulo).

1. INTRODUÇÃO

1.1 A pesquisa: as indagações

Nos estudos anteriores, um primeiro, realizado em 1999, e outro, em 2004, publicados no Volume 1 desta Coletânea, caracterizou-se o Agente Comunitário de Saúde na cidade de São Paulo, em especial, analisando as suas características sociodemográficas, as suas atividades e competências, as suas concepções, expectativas e posicionamentos em relação ao PSF e ao seu trabalho, observando dois momentos: o Agente do Projeto Qualis – vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, de 1996 a 2002, e o Agente do PSF, enquanto Política Municipal de Saúde, na reorientação da Atenção Básica à Saúde, a partir de 2001; em meados de 2002, com a municipalização, o Qualis foi assumido pela gestão municipal.

Para caracterização dos Agentes nesses dois momentos do PSF da cidade de São Paulo, foram analisados documentos, informações secundárias e dados primários colhidos mediante aplicação de entrevistas.

Apesar de os estudos indicados terem utilizado enfoques metodológicos diferenciados, foi possível alguma comparação. Em relação às variáveis que puderam ser analisadas nos dois estudos, e no mais que pôde ser objeto de comparação, os resultados apontaram para algumas diferenças entre os Agentes Comunitários de Saúde que atuavam em cada um dos dois momentos do PSF paulistano.

Entretanto, como consequência das reflexões das diferenças encontradas, emergiram, naquela ocasião, questões que se consideraram de fundamental importância no contexto de expansão da estratégia para grandes cidades e regiões metropolitanas. Essas questões, se não devidamente trabalhadas, aprofundadas, dissecadas, poderiam, aos poucos, criar um contexto de baixa relação custo-efetividade, de desinteresse e de descompromisso dos profissionais e de descrédito para a população, condições sabidamente adversas à viabilização de uma proposta, por melhor que, em tese e em potencialidades, ela seja, ou por melhores que tenham sido os resultados e o impacto sobre indicadores de saúde em outras regiões.

Entre essas questões, colocava-se interrogação acerca de evidências de certo esgarçamento do tecido de sustentação da união da equipe de Saúde da Família, o que era informado por inúmeras manifestações de descontentamento, de decepção, emitidas por uma quantidade significativa de Agentes do PSF em 2004. Essas manifestações de insatisfação dos Agentes com alguns dos colegas e com o conjunto da equipe e suas possíveis consequências, considerou-se, mereciam ser mais bem estudadas, no sentido de se identificarem tendências que, se confirmadas, pudessem trazer consequências importantes para o resultado do trabalho dessa equipe, considerada pilar primordial da estratégia e de seus resultados.

Nesse sentido foi proposto o aprofundamento qualitativo de alguns aspectos que poderiam apontar para peculiaridades da viabilização da estratégia em grandes cidades. Entre esses aspectos se incluíam: a união da equipe, a relação / interação entre seus membros e, principalmente, as concepções e expectativas do Agente Comunitário de Saúde, considerado pilar da estratégia. Na ocasião, a pergunta era: **O que mudou?**

Tratava-se, então, de aprofundar a exploração e, por consequência, o conhecimento sobre esse Agente que atuava em grandes cidades, sobre a sua inserção na equipe, sobre o que ele esperava dessa estratégia, na medida em que se conhecia bem o que a estratégia esperava dele e do seu trabalho.

1.2 A metodologia

Foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa, na modalidade Estudo de Caso.

1.2.1 Cenário

O estudo foi realizado na região Norte da cidade, onde o PSF é administrado em parceria com três instituições: Santa Casa de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp e Associação Saúde da Família.

Considerando que as instituições parceiras da Secretaria Municipal de Saúde, na administração do PSF, ainda que sigam as diretrizes emanadas pelo Gestor Municipal do SUS para a estratégia, têm sua própria cultura, mecanismos específicos para administrar o Programa, a Pesquisa contemplou cada uma dessas instituições, no sentido de identificar possíveis especificidades nas orientações, na forma de supervisão, o que poderia gerar concepções, expectativas e, por consequência, sistemáticas diferentes de trabalho por parte dos profissionais a elas vinculados.

Ressalta-se que, desde o início da implantação do PSF, em 1987, a cidade de São Paulo contava com a Fundação Zerbini como uma quarta instituição parceira na região Norte. Os estudos anteriormente realizados (1999 e 2004) para acompanhamento do perfil e das concepções dos Agentes, e que originaram as hipóteses que se testaram no presente estudo, foram incluindo os Agentes Comunitários de Saúde inseridos em área de atuação da Fundação Zerbini. Acresce-se a isso o fato de a Fundação Zerbini ter desenvolvido uma sistemática peculiar de gerência do Programa e de intensa capacitação dos recursos humanos e de supervisão do trabalho das equipes de saúde que atuavam para a população da área sob sua responsabilidade. Considerou-se, assim, que, embora a Fundação Zerbini não constasse, na época da coleta de dados, da lista de instituições parceiras da PSF da cidade de São Paulo, seria muito importante, para a pesquisa, a inclusão das unidades que a ela estiveram vinculadas. Como a instituição parceira Unifesp assumiu a área e as equipes administradas pela Fundação Zerbini, foram sorteadas, para o desenvolvimento da pesquisa, quatro unidades básicas de saúde e respectivas equipes de saúde da família:

- Uma UBS vinculada à Associação Saúde da Família – Unidade Jardim Sylmaria.

- Uma UBS vinculada à Santa Casa de Misericórdia – Unidade Lauzane Paulista.

- Duas UBS vinculadas à Unifesp:

a) uma originalmente da Unifesp – Unidade Pirituba;

b) uma anteriormente vinculada à Fundação Zerbini – Unidade Vila Espanhola.

Optou-se pelo sorteio como método de definição das unidades, equipes e agentes comunitários a serem estudados / observados / entrevistados, no sentido de eliminar tendências ou possíveis preferências por equipe ou Agente Comunitário de Saúde.

1.2.2 Coleta de dados

- Por **observação sistematizada não participante**

Em cada uma das quatro UBS sorteadas citadas acima, foi também selecionada, por sorteio, uma equipe de saúde da família. Assim, foi observado o funcionamento de quatro equipes, em termos de atividades que realizavam e, principalmente, da relação / interação entre os profissionais que a integravam. Por outro lado, dentro de cada uma das equipes sorteadas, foram sorteados dois Agentes Comunitários de Saúde, em relação aos quais se procedeu à observação sistematizada do trabalho. A observação desses oito profissionais visou à coleta detalhada de dados e informações relativas às atividades desenvolvidas e aos contatos cotidianos, no decorrer do trabalho, com os demais membros da equipe (na conformação da equipe e do seu trabalho), na comunidade e na UBS.

A observação do trabalho, tanto para cada equipe quanto para cada Agente Comunitário, aconteceu durante uma semana típica de atividades (2ª a 6ª feira, durante o horário de trabalho da equipe e do agente) e seguiu a técnica de observação sistematizada

não participante, com anotação em diário de campo e roteiro específico elaborado com essa finalidade.

O objetivo da observação do trabalho, em especial, prendia-se à identificação do funcionamento da equipe, das relações e das interações entre os diferentes profissionais integrantes e as oportunidades de construção e de execução do projeto de trabalho comum para a equipe e para aquela população. Nesse sentido, foram lidas as anotações dos diários de observação dos trabalhos dos agentes, das entrevistas e das reuniões de equipe também documentadas pelos observadores.

- Por **entrevistas orientadas por roteiros**

Os oito Agentes Comunitários de Saúde, sorteados para observação do trabalho, foram também entrevistados mediante a técnica de entrevista exploratória semiestruturada, seguindo roteiro específico.

Os demais membros das quatro equipes de saúde sorteadas (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e profissionais de saúde bucal) também foram entrevistados mediante roteiros específicos.

As entrevistas foram gravadas e aconteceram, em sua grande maioria, na semana de observação do trabalho das equipes de saúde da família, e combinadas previamente com os integrantes da equipe sorteada.

Foram entrevistados, também, sujeitos que, direta ou indiretamente, contribuíam para a definição do perfil e do trabalho do Agente Comunitário de Saúde do PSF da cidade de São Paulo e para a conformação da equipe e seu projeto, os quais eram interessados na implantação e nos resultados da intervenção:

a) Coordenador da atenção básica / PSF da SMS;

b) Coordenador de RH da SMS;

c) Coordenador Regional de Saúde e/ou Supervisor Regional do PSF da SMS;

d) Coordenadores do PSF das cinco instituições parceiras;

e) Diretores das UBS sorteadas.

As entrevistas (a), (b), (c) e (d) foram realizadas por pesquisadores ligados ao CEALAG e cobriram todos os objetivos do projeto de pesquisa maior sobre os trabalhadores da Atenção Básica à Saúde das regiões Norte e Central da cidade de São Paulo, cuja metodologia e resultados são apresentados no Capítulo 1 deste volume. Já as entrevistas com os quatro Diretores das UBS sorteadas foram realizadas pela equipe de entrevistadores ligada ao subprojeto dos Agentes Comunitários de Saúde.

Cabe ressaltar que todos os sujeitos que foram entrevistados, ou que tiveram o seu trabalho observado, o foram por livre e espontânea vontade, e assinaram o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1.3 O desenvolvimento da pesquisa

O desenvolvimento da pesquisa envolveu várias etapas, entre as quais:

- Contatos e apresentação da pesquisa para os dirigentes da Coordenadoria de Saúde da Região Norte da cidade;

- Treinamento dos entrevistadores e observadores;

- Contatos e apresentação do Projeto de Pesquisa para os diretores dos Distritos de Saúde e diretores das UBS;

- Sorteio, na sede do ObservaRHSP, das UBS nas quais se desenvolveria a pesquisa;

- Contato individual com cada um dos diretores das quatro UBS sorteadas;

- Sorteio, em cada uma das unidades sorteadas, na presença do diretor da UBS, da equipe de saúde da família e nessa, dos Agentes Comunitários de Saúde, para realização da observação do trabalho e das entrevistas;

- Realização do trabalho de campo – observações e entrevistas;

- Transcrição das entrevistas;

- Revisão e Sistematização do Plano de Análise dos dados obtidos;

- Análise das entrevistas;

- Análise dos diários de campo das observações de trabalho dos agentes e das equipes de saúde da família;

- Elaboração de Relatório Final.

2. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA CIDADE DE SÃO PAULO: CONSTRUINDO UMA IDENTIDADE PROFISSIONAL

> *"O Agente Comunitário de Saúde é a mãe e o pai da população carente."*

> *"O Agente Comunitário de Saúde é o que segura a equipe. Ele é a base de tudo. Sem ele não tem nada, não existe o PSF."*

2.1 O Agente Comunitário de Saúde da cidade de São Paulo

Para caracterização do Agente Comunitário de Saúde da cidade de São Paulo, para a apreensão e discussão dos elementos presentes na construção de sua identidade profissional, lançou-se mão de depoimentos tanto dos próprios sujeitos / agentes quanto dos demais sujeitos que com eles conviviam no dia a dia, na concepção e realização do trabalho do PSF, de informações advindas da observação da prática dos agentes e da equipe de saúde da família, em especial, nessa última abordagem, priorizando a interação entre os membros integrantes, abordagens privilegiadas para apreensão de dimensões e aspectos que conformam o perfil do Agente Comunitário de Saúde, enquanto inserido em contextos específicos, no caso, em PSF de grandes cidades.

No cumprimento dos objetivos colocados para a pesquisa, optou-se, aqui, por destacar os seguintes elementos, não obrigatoriamente nessa ordem: uma visão geral sobre esses sujeitos, as ações que desenvolvem – quais ações, onde, com quem e para quem são desenvolvidas, e as concepções e expectativas de que são portadores sobre o Programa no qual se inserem, sobre o seu trabalho, sobre a equipe e sobre o "ser agente", as concepções e opiniões dos demais membros da equipe sobre ele, a dinâmica do trabalho em equipe e as relações / interações do agente com os demais membros da equipe. Essas abordagens, entende-se, assumem grande importância na definição do seu perfil e de sua identidade profissional.

2.1.1 Quem são eles

Os Agentes Comunitários de Saúde participantes do estudo (São Paulo, 2007) estão caracterizados no Quadro 1.

As informações apresentadas no Quadro 1 tiveram como base as entrevistas realizadas com os oito Agentes Comunitários de Saúde das quatro equipes de Saúde da Família sorteadas para a pesquisa, e possibilitaram a caracterização desses sujeitos, segundo as variáveis: sexo, idade, local de nascimento, escolaridade e situação atual de estudos, tempo de residência no bairro, tempo e tipo de trabalho comunitário, trabalho anterior, motivação para ser agente e tempo de atuação no PSF.

Conforme se pode observar, os oito agentes sorteados para a investigação eram do sexo feminino, o que não reflete a situação do universo desses trabalhadores, em termos da variável sexo, na cidade de São Paulo. Embora haja amplo predomínio do sexo feminino, a participação de homens nessa atividade, nos municípios de capitais e no PSF de São Paulo, especificamente, é cada vez maior, chegando, em alguns estudos, a quase 20% (Silva, 2006).

Em relação à idade, três dos oito agentes sorteados para o estudo tinham menos de 30 anos; quatro eram solteiros e, em termos de educação geral, apenas um deles não concluiu o Ensino Fundamental. Todos os demais, apresentaram no mínimo o Ensino Médio completo. Apesar do longo tempo de residência no bairro, apenas uma parte dos agentes referiu participação mais direta e pessoal em atividade comunitária, a maior parte vinculada à Igreja Católica. Ser Agente Comunitário de Saúde apareceu como oportunidade de reingresso no mercado de trabalho

Quadro 1. Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde participantes do estudo São Paulo, 2007.

Características do Agente	Equipe A		Equipe B		Equipe C		Equipe D	
	Agente 1	Agente 2	Agente 1	Agente 2	Agente 1	Agente 2	Agente 1	Agente 2
Sexo	F	F	F	F	F	F	F	F
Idade (em anos)	21	29	38	42	36	26	49	54
Estado civil	Solteira	Solteira	Casada	Solteira	Casada	Solteira	Casada	Viúva
Local de nascimento	SP	SP	SP	BA	RJ	SP	BA	Espanha
Escolaridade	Segundo grau completo	Segundo grau completo	Segundo grau completo	Segundo grau completo	Segundo grau completo	Segundo grau completo	Segundo grau completo	Primeiro grau incompleto
Estudo atual	Auxiliar de Enfermagem (em curso)	Magistério Auxiliar de Enfermagem	Técnica de Enfermagem Telemarketing	Não	Não	Não	Não	Não
Tempo de residência no bairro	10 anos	Desde o nascimento	Desde o nascimento	16 anos	19 anos	Desde o nascimento	23 anos	27 anos
Trabalho comunitário	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim
Trabalho anterior	Vendedora	Auxiliar de Creche	Atendimento ao público	Vendedora	Costureira, Vendas	Babá, Faxineira	Nenhum	Costureira
Motivação para ser Agente	Queria trabalhar na saúde	Desemprego	Gosta de ajudar as pessoas	Vantagens financeiras	Por acaso Emprego formal	Emprego formal	Já trabalhava na comunidade	Já trabalhava na comunidade
Tempo de trabalho como ACS	um ano e 10 meses	cinco anos	seis anos	seis anos	seis anos	seis anos	dez anos	dez anos

para muitos; um pequeno número referiu que tornar-se agente representou uma etapa de profissionalização do trabalho já investido em atividades de visita a doentes e contatos com a população, nesse caso representando reconhecimento e remuneração da atividade antes voluntária. Quanto à situação de estudo na época da pesquisa, o curso de Auxiliar de Enfermagem foi referido por dois dos três indivíduos que continuavam a estudar; o terceiro agente cursava Técnico de Enfermagem, o que apontava para uma busca de profissionalização no campo da Enfermagem. Ainda em relação aos estudos, sete deles expressaram intenção de continuidade. Nesse particular, cinco referiram como objetivo Curso Superior na área da saúde: Enfermagem (dois), Nutrição e Odontologia. A oitava agente pretendia cursar Auxiliar de Enfermagem. Em relação ao tempo de inserção no PSF municipal, apenas um deles tinha menos de dois anos, ressaltando-se que dois deles, com dez anos de trabalho, foram dos primeiros agentes selecionados ainda para o Projeto Qualis, iniciativa do governo estadual, em 1997, que, expandida, resultou na implantação do PSF na cidade de São Paulo.

2.1.2 As concepções.

Com a palavra, os agentes!

Conforme apresentado a seguir, a imagem geral dos agentes acerca da área e da população-alvo do Programa era de carência. Às vezes, informavam, ao lado dessas regiões, chamadas "carentes", existiam espaços onde residiam famílias com melhores condições de vida. Nos bairros com pior qualidade de vida, segundo eles, faltavam recursos como saneamento, asfalto, iluminação.

Para a população, muitas vezes a renda era considerada baixa e faltava emprego. Muitas eram áreas de tráfico de drogas e sem espaços de lazer. Alguns dos agentes relacionavam as más condições de vida

com a emergência de doenças e a dificuldade de manter o cuidado com a saúde. Entretanto, a grande maioria dos agentes expressava satisfação em morar no bairro e em conviver com as pessoas que lá residiam; consideravam-nas "do bem".

"É uma situação relativa, muitos moradores têm problemas de saúde. Tem escorpião. Fica ao lado de uma maternidade, hospital e cemitério. Tem problema de contaminação do solo por conta das covas rasas. Tem o Projeto Cingapura..."

"Bem, antigamente era um bairro que tinha muita violência, muito tráfico... Mas hoje em dia melhorou muito, né? Não sei o que está acontecendo, mas estão arrumando todo o bairro; pegando as famílias, colocando nos CDHU, né? Tirando do barraco... Então tão melhorando bastante o bairro. As pessoas daqui eram... Como eu posso dizer? Eram um pouco ignorantes, né? Não recebiam a gente... Mas hoje em dia elas já sabem como que funciona o programa."

"A área onde eu trabalho é carente de lazer. É classe média baixa e baixa. Tem favela, tem casa com piscina. Tem uso e tráfico e drogas."

"É um bairro legal, tem lixo espalhado, mas não entulho. Ainda tem rato, mas já foi pior. Não tem córrego, é sossegado por isso. Violência já teve, mas hoje em dia não tem muito não."

"Bairro carente, mas acolhedor. Eu amo meu bairro."

"Não acho ele violento, tem alguns usuários de drogas. Tem bastante supermercado, creche, escola."

"Classe média baixa, baixa; são "pessoas do bem"; quando tem morte, é mais de adolescente que vem de fora da área pra cá."

"Bairro carente, pessoas carentes. Quando viemos morar aqui, era mato, precisamos desmatar pra fazer as casas..."

2.1.3 Os problemas de saúde mais frequentes

"Em crianças e adolescentes: problemas respiratórios; em adolescentes: gravidez, drogas, assassinato; em adultos: hipertensão arterial, sistema nervoso; todas as idades: alergias na pele e diarreia; É raro ter epidemias, mas acontece. Tivemos problema com a dengue."

"Hipertensão arterial e diabetes"

"Dermatites por conta do lixo e enchente, hipertensão e diabetes."

"Na área da saúde o pessoal é carente, quando a gente começou, muitas mulheres fazia tempo que não faziam Papanicolau. Eram muitos casos de doenças que constatavam nas mulheres. Hoje em dia, diminuiu bastante."

"Hipertensão arterial e diabetes. Tá tendo muita depressão."

"Muitos idosos, diabetes, hipertensão... Já tive três casos de TB."

2.1.4 O Programa de Saúde da Família

"É um programa que é, assim, direcionado às famílias que têm menos condições, e onde que a saúde, ela tem que integrar em tudo, não só na doença, no geral. E esse programa, que foi qualidade de vida melhor para as famílias, onde era incluído o dentista, o gineco..."

"O PSF é o que as pessoas fazem. A gente faz a visita, vê o que elas precisam. O PSF, pra mim, é mais uma orientação e prevenção. Porque o hipertenso e o diabético, eles sabem que são, então eles vêm passar pra cá. E aquela pessoa que nunca mediu a pressão, nunca mediu um dextro, então eu... A gente corre mais atrás dessas coisas – doenças de saúde pública: tuberculose, hanseníase, entendeu? Eu acho que é mais pra orientação e prevenção."

"Pra mim, o PSF veio pra melhorar porque é mais humano com as pessoas. As pessoas têm uma referência pra procurar, diferente de an-

tes, que ela não sabia com quem iria falar pra resolver o problema. Agora ela tem o Agente Comunitário, que ela pode vir tirar uma dúvida, ela sabe qual a enfermeira que vai cuidar dela, ela sabe qual é o médico que tá cuidando dela."

"É mais humano com as pessoas. A gente aposta nas crianças e nos adolescentes."

"No começo falaram que era mais prevenção, pra gente tá prevenindo a população de ter doenças mais graves. A gente conseguiu pegar muitas mulheres que estavam com problema na parte ginecológica mesmo, que elas não vinham fazer Papanicolau, achavam que não era necessário. A gente mudou muito esse quadro, preveniu mesmo muitas coisas ficarem piores... Eu acho legal nisso é isso porque a gente vai, a gente incentiva as pessoas... E às vezes elas falam algum sintoma que estão sentindo e a gente começa a conversar. Fala: 'Por que você não vai no médico? Passa no médico do PSF pra saber o que é! Ele vai pedir vários exames, o que tiver que pedir, e você vai descobrir'. Às vezes não é nada grave e as pessoas ficam com medo, porque elas falam assim: 'Ai estou sentindo tal coisa, eu estou com medo de ir no médico'. E a gente fala: 'Não, não é por aí. Se você descobrir no começo, vai ser legal porque você vai tratar uma coisa que às vezes não é nada, não é tão grave'. Elas acabam vindo, e o legal, é isso."

"Muita gente que não vinha no Posto passou a vir, muita gente que não fazia nenhum acompanhamento passou a fazer: Papanicolau anual, medir pressão."

"PSF é uma equipe que tem que trabalhar com famílias carentes, fazer visita domiciliar e fazer a prevenção da saúde das pessoas (ir 'nas' famílias 'carente', pessoas que parece que não tem a cabeça no lugar... Não sei o que eles pensam ou, talvez pelo estilo de vida, não limpa a casa direito, não bebe água filtrada, não faz acompanhamento no médico, prevenção etc.)."

"É uma estratégia, né? Acho que é uma elaboração pra saúde... pra melhoria da saúde, mesmo, da comunidade."

"Você cria um elo com as pessoas, elas te procuram e confiam em você."

A partir das entrevistas com os agentes, identificou-se a percepção de que o Programa implantado era diferente do que existia anteriormente nos serviços de Atenção Básica à Saúde. Ao conceituar o Programa, embora com concepções bastante diferenciadas, identificavam um diferencial positivo do PSF. A expressão desse diferencial, entretanto, evidenciava a heterogeneidade das concepções de que eram portadores sobre o Programa / estratégia e sobre o trabalho. Assim, alguns ressaltaram a possibilidade de prevenção de problemas de saúde, de fazer diagnóstico precoce e de manter acompanhamento dos indivíduos e famílias; outros enfatizaram a humanização, o vínculo, a confiança da população para com o serviço de saúde; já outros valorizaram, na apresentação do Programa, a sua destinação para "pessoas carentes e menos esclarecidas."

Para definir o Programa no qual estavam inseridos, os Agentes Comunitários de Saúde não fizeram claramente distinção entre a concepção de saúde e a de doença. Para alguns, o PSF não estava voltado só para a atenção a doentes, mas incluía as atividades de prevenção e promoção da saúde. Seu objeto de atuação tampouco se limitava ao indivíduo, mas abarcava a família. Os agentes respondiam, de forma imediata, que os grupos que tinham prioridade eram as gestantes, os menores de um ano, hipertensos, diabéticos e os tuberculosos.

2.2 O Agente Comunitário de Saúde e o trabalho no PSF

A caracterização, que aqui se apresenta, do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde teve como base dois tipos de informações:

a) em primeiro lugar, aquelas oriundas dos depoimentos dos próprios agentes, emitidas nas entrevistas, constituindo-se em expressões de que esses agentes se utilizaram para referir-se à sua prática e às relações que mantêm no trabalho. No caso do objeto

de estudo desta Pesquisa, consideraram-se as representações dos agentes sobre o seu trabalho como uma das dimensões importantes a serem apreendidas, constituindo-se já como resultado a ser utilizado na conformação de sua identidade profissional;

b) em segundo lugar, apresentam-se informações elaboradas a partir dos registros dos observadores nos diários de campo, na semana de observação do trabalho dos agentes.

2.2.1 As suas funções no Programa, o seu papel na comunidade e na Unidade Básica de Saúde

As funções dos agentes a partir das entrevistas com os próprios agentes:

> *"Conhecer a família, estar passando para a equipe... as pessoas são tímidas, às vezes não relatam os fatos que acontecem dentro da família... E quem tem mais esse conhecimento é o ACS... a gente consegue ver a fundo o porquê daquela situação... têm também aqueles que a gente está de olho... É a gente cuidar, é ver... E a gente está o tempo todo cuidando de tudo... para facilitar a vida dos usuários, a gente acaba ficando uma por dia (na UBS)... Orientar... Na comunidade: cuidar, ver, tá o tempo todo cuidando de tudo, do que pode, na verdade... Na UBS: pra facilitar a vida do usuário, a gente fica um dia na UBS, pra orientar."*

> *"Pra mim o Agente Comunitário de Saúde é o que segura tudo, né... Sem ele não tem nada. Sem ele o médico não sabe que aquela pessoa que está acamada, aquela pessoa que precisa... A gente traz todos os problemas pra cá. Sem isso não tem equipe, porque não tem como passar o que tá passando na área, né? E a população confia muito na gente, então é mais fácil eles contarem pra gente do que pro médico... Nós somos psicólogos, assistentes sociais... Na comunidade: Nós somos psicólogos, assistentes sociais... A gente vai atrás de muitas outras coisas. Na UBS: se o meu tempo sobrar eu faço tudo por eles aqui: ajudo... recepção... Se algum paciente tá perdido, ou então se tem algum paciente quieto, meio chorando, a gente já vai perguntar... A gente ajuda muito. A gente dá um respaldo pra unidade."*

> *"Fundamental. "Ele não é só a ponte... Ele é tudo! Ele é o psicólogo, é assistente social, só não é o médico. O agente comunitário na Unidade é um computador ambulante. Na comunidade: orientar, conversar, entrar na casa, ter um olhar clínico. Na UBS: O agente comunitário na Unidade é um computador ambulante."*

> *"Se a gente não trouxer o problema da comunidade, não tem como o médico saber, não tem como o enfermeiro saber... Na comunidade: uma referência... elas confiam muito na gente... incentivar eles a virem num médico... Na UBS: trazer os usuários à UBS."*

> *"Orientar sempre, ajudar da melhor maneira possível... Eu vou, eu marco consulta, eu vou, eu levo exame, eu vejo a dificuldade. Às vezes a gente serve até como ouvidor da população... E, na equipe, a gente procura um ajudar o outro. Na comunidade: É um geral... Todo mundo depende de todo mundo. Na UBS: é um geral... faz tudo!"*

> *"Fazer as visitas domiciliar e abordar as dificuldades da família. Abordar se as mamães estão trazendo a criança, se as gestantes tá fazendo pré-natal, se o hipertenso tá tomando medicação direitinho, os diabéticos também... Trazer as dificuldades da área pra UBS. Na comunidade: tentar fazer a prevenção da saúde... fazer a visita e tentar convencê-los de passar no médico e de tentar melhorar algumas ou certas situações precárias que a gente encontra lá na casa deles. A gente tenta aconselhá-los em várias coisas. Na UBS: fazer a produtividade, entregar pra enfermeira a produção diária e trazer as demandas."*

> *"Passar todos os problemas pra equipe por inteira, e a gente tenta solucionar aquele problema. Na comunidade: é a informação mesmo, a conscientização do povo sobre a saúde, fazer prevenção. Na UBS: vira o agente Bombril. Mil e uma utilidades. A gente faz um pouco da administração também, ajuda no que pode tá fazendo. Pelo menos a nossa parte assim de... fechamento do mês, essas coisas assim, a gente já*

deixa mais ou menos pronta pra quando precisar entregar."

"A gente vai às casas, traz os problemas das casas para a equipe e coloca primeiro para a doutora, se tem alguma coisa de urgente... localizar encaminhar a comunidade ao posto de saúde... Na comunidade: Ao invés de virem na UBS, vão em casa perguntar se tem remédio, dizer que alguém se machucou. Oriento a lavar a ferida, levar ao hospital, vou à casa ver o machucado, ver como ocorreu e ver como avisar médica e enfermeira para irem à casa. Na UBS: Atendo todo mundo que venha perguntar as coisas. O que aparecer eu topo, não tem problema pra mim."

Como **função mais importante**, entretanto, em todos os depoimentos, identificou-se o reconhecimento, pelos Agentes Comunitários, da **orientação,** orientação essa exercida, segundo os entrevistados, com diferentes objetivos e em diferentes espaços, seja na visita domiciliar, no atendimento individual, no trabalho dirigido a grupos específicos ou, ainda, nas atividades comunitárias. Na sequência, as respostas dos oito entrevistados.

"... orientar eles na parte da medicação, alimentação, como que ele tem que se manter. Se a pessoa está muito presa dentro de casa, tem que sair, tem que fazer atividade física. E a gente tenta fazer com que eles comparece e participe."

"Visita domiciliar de todo o tipo. A minha, que é de Agente Comunitário de Saúde, você viu, né? Você anda com o auxiliar, com o médico. Nós fazemos grupos na comunidade, a gente faz o nosso posto avançado, que é muito bom, maravilhoso. São essas as atividades mais importantes."

"... orientação (alimentar, educar, higiene). A gente tá sempre batendo na mesma tecla com eles... Conscientização..."

"As mais importantes que eu acho: primeiro, o grupo de caminhada mesmo... Tem senhoras que, no começo, não andavam direito e, hoje em dia, você vê, nossa... Elas andam assim numa facilidade incrível. Pessoas depressivas também, que no começo iam, mas eram muito depressivas, depois começou com o grupo todo, aí começou a se soltar mais. Eu acho que esse é o mais importante. Tem também Grupo de Criança, já teve Grupo do Bebê que foi muito legal. As mães vêm, a gente fala com elas sobre alguma coisa, alguma dúvida delas. Aí, sempre tinha essas reuniões, o médico sempre tava esclarecendo. A gente chamava profissionais para falarem com elas, cada dia era um assunto, então é muito legal. Eu acho isso importante, grupo, fazer Grupo da Gestante também elas gostam muito. Eu acho isso muito importante."

"Caminhada, prevenção, orientação..."

"O mais importante é conseguir convencer, por exemplo, essas mulheres que não gostam de fazer o Papanicolau. Conseguir, enfim, convencer uma de fazer. Por exemplo: uma pessoa que não gosta de tirar sangue; você tem que fazer um check-up; às vezes você não sabe como está seu colesterol, sua glicemia; tem que fazer. Aí ela resolve, enfim, eu convenço ela a vir tirar o sangue e fazer. Aí, eu acho essa a principal, mais importante de todas."

"Olha, eu gosto demais da caminhada que a gente faz, até pelo que eu já te falei, porque a caminhada, às vezes as pessoas estão com um problema. Igual ontem eu tava falando para a Dona... que eles pediram um fisioterapeuta para ela, para ela fazer fisioterapia por causa da coluna. Mas a caminhada, se ela fizer, ela vai sentir mudança na coluna dela. Que é pra tirar essas senhorinhas de casa, é pra elas poder andar, pra elas esquecerem um pouco da responsabilidade que elas têm dentro de casa, cuidar um pouco mais de si, sabe? Então a caminhada eu acho que é muito importante."

"A prevenção que a gente orienta, a orientação que a gente dá é muito importante – da medicação, porque tem muito senhorzinho que não consegue... Você orienta todo mês. Tem senhorzinho que eu passo toda a semana. A Dona... que nós fomos hoje, é uma delas, você orienta hoje, amanhã você vai lá, ela está fazendo tudo errado de novo. A orientação que a gente dá é mesmo muito rica, a gente precisa mesmo sempre está batendo na mesma tecla."

"Eu acho... considero muito importante quase todas... Que a gente trabalha com gestantes, idosos, crianças, com orientação. Acho que a orientação, assim, é a base de tudo, mais uma coisa que me chama muita atenção, acho super importante é trabalhar com adolescente. De orientação de... tudo assim, um todo, né? Porque adolescente é mais... eles escapam mais. De vez em quando a gente consegue juntar um pouco pra tá passando informação, sabendo um pouco deles, né? Porque adolescente, eles não se abrem com os pais em casa. É raro, eles vão contar pro amiguinho o que se passa, mas não abre, assim, espaço pro pai e pra mãe, né? Então no grupo eles se soltam, a gente faz dinâmicas, eles se soltam mais. É uma base assim de resgatar o adolescente pra procurar está mais bem informado, entendeu? Evitar que façam besteiras, assim tipo começar o primeiro ato sexual sem usar camisinha; as meninas não estarem engravidando muito cedo. A não ser quando é aquela adolescente que tem uma relação assim, muito íntima com a mãe – que são poucas, né? Elas escondem até dizer chega!"

2.2.2 Ainda os Agentes, sobre o trabalho

Quando solicitados a falar sobre o trabalho que realizavam, os Agentes relacionaram uma série de atividades, de diferentes naturezas:

"preencher ficha... Pegar prontuário, passar para a médica... no acolhimento. Marcar consulta da criança, do recém-nascido; a visita com a enfermeira. Todos os dias a gente faz um pouco de tudo... Tem a Ficha A, a Ficha B. Tem a gestante; quem vai numa visita à maternidade; quem tem um exame pronto e quem deixou de fazer; quem veio medir a pressão corretamente; e cada criança, como está o peso. Visita a faltosos. Também na parte de odonto..."

"Visita domiciliar... Você anda com o auxiliar, com o médico... fazemos grupos na comunidade, a gente faz o nosso posto avançado..."

"VD, grupo de mulheres, grupo de gestante. Tem casas que a gente visita mais de uma vez por mês... aquelas que são mais necessitadas ou a gestante, o hipertenso, o diabético, que a gente dá uma atenção maior."

"VD... Nos grupos, orientação e auxílio no agendamento. Ao invés da enfermeira sair da sala, deixar a paciente sozinha ou o médico, eu desço procuro os papéis pra eles... trago."

"VD, grupos de mulheres, gestantes, caminhada, criança, bebê... Tem casas que a gente visita mais de uma vez por mês... aquelas que são mais necessitadas ou a gestante, o hipertenso, o diabético, que a gente dá uma atenção maior."

"... programar VD, ficha A, ficha B, VD, orientações, entrega de agendamentos, relatórios, cadastramento, caminhada, prevenção."

"preencher papel com as informações das visitas."

"grupos de crianças, adolescentes, terceira idade, VD, foco de dengue."

"levar medicamento nas casas, explicar pra pessoa que não sabe ler, fechamento de SIAB, acolhimento, VD, cobertura de área de ACS doente, avisar crianças, gestantes, diabéticos e hipertensos dos grupos, ajudar nos grupos."

2.2.3 O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, pelos registros de observação

A observação direta do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde foi desenvolvida de acordo com a metodologia referida; os observadores acompanharam os oito agentes de saúde sorteados, de segunda a sexta-feira, durante toda a jornada de trabalho diária, em todas as atividades que eles realizaram na unidade, no domicílio e na comunidade, efetuando todas as anotações em diário de campo específico. Essa sistemática possibilitou acertos entre o observador e o agente observado para que fosse acompanhado durante o período do dia em que o trabalho se desenvolvia, ou seja, das 7h00 às 16h00 ou das 8h00 às 17h00, conforme escala de trabalho. Não houve refe-

rência, nos diários de campo, a atividades ou a agentes que, durante essa semana específica, tenham ultrapassado a carga horária diária ou semanal.

Nos registros, identificou-se que a maioria dos agentes trabalhava cerca de 36 horas por semana; dois deles aproximaram-se, na semana observada, de 39 a 40 horas de trabalho.

2.2.4 O trabalho no interior da Unidade Básica de Saúde

Conforme pode ser observado no Quadro 2, os Agentes Comunitários de Saúde permaneciam dentro das Unidades Básicas de Saúde mais de 50% do seu tempo de trabalho. Para alguns agentes, essa permanência na UBS, na semana observada, chegou a 70% da carga horária semanal. Mesmo não considerando, como atividade interna, o tempo utilizado no interior da UBS para atividades de grupos educativos e reuniões de equipe, às vezes diárias, o tempo dos agentes em atividades internas era bastante superior ao utilizado para visitas domiciliares, abordagens na rua, atividades na comunidade, como caminhadas, bingo para idosos, reuniões com outros setores ou qualquer outra atividade externa. Essa situação, comum a todos os Agentes observados, variava, entretanto, de equipe para equipe, e de Agente para Agente dentro da mesma equipe. Em síntese, qualquer que fosse o critério considerado, conforme os registros da semana de observação do trabalho, a maior parte da carga horária semanal do Agente se efetivava dentro da unidade, em diferentes atividades: na recepção de clientes, no acolhimento, em organização do trabalho, em anotações em prontuários, em registro de atividades, apoio a outros profissionais em atendimento, entre outras atividades.

Em algumas equipes, os Agentes permaneciam na unidade pela manhã, dando suporte para os profissionais da equipe (médico, enfermeiro e auxiliar) que estavam atendendo às famílias. Nessas ocasiões, os agentes trocavam os cartões velhos dos clientes por outros mais novos, procuravam prontuário (para atendimento médico e de enfermagem), e também conversavam com médicos, após atendimento, sobre os casos e dúvidas da área. Eles também preenchiam planilhas com dados de atendimento diário.

Ainda segundo os Agentes, eles também localizavam prontuários que não eram imediatamente achados, abriam novos, atualizavam dados das famílias no computador, fechavam planilhas de produção mensal, preenchiam fichas para registro de atividades. Em síntese, serviam de apoio para o atendimento do dia. Em uma das equipes, o médico solicitava que todos os Agentes ficassem na unidade, pela manhã, para tratar de assuntos do PSF, dos casos que apareciam diariamente. Os Agentes aproveitavam esse espaço também para "conversar" sobre casos mais graves que surgiam nas visitas do dia anterior.

Alguns Agentes, ainda na UBS, ajudavam médicos e enfermeiros na coleta de exame para prevenção de câncer de colo de útero, incluindo o preenchimento de fichas A e B das famílias.

Em relação à questão da permanência na UBS, tampouco houve consenso entre os agentes:

> *"Eu acho a parte mesmo de... administrativa, dentro da UBS, que toma muito o tempo da gente lá dentro. Não é muita coisa, mas o pouco... Se você fica... Eu termino a reunião às 9h00; se eu fico dentro da UBS eu não consigo sair, tem sempre alguma coisa: o paciente que pede pra fazer um... o que chega sem o cartão do SUS, aí para dizer, está muito grande aquela fila, precisa daquilo naquela hora, você vai lá dentro faz o cartão do SUS pra ele. Porque se não faz, ele sai sem a medicação. Muitos não têm paciência de tá ali esperando tudo, principalmente o pessoal de mais idade, assim que é... não tem muita paciência. E a gente acaba vendo, 'Vim na consulta mais não trouxe o cartãozinho'. Com o número de família, então, sobe vai procurar. Isso é uma coisa que é da gente, mais acaba fazendo serviço ali dentro que atrapalha a gente sair um pouco mais cedo para rua, pra prosseguir... É trabalho administrativo assim, acho que tem que ser mesmo da parte da recepção, né? Que termina eles dando uma falhinha de vez em quando e a gente termina ajudando. Não é se queixando não, mas se a gente tem mais espaço para sair mais cedo, eu acho que o serviço na comunidade anda mais, mais rápido."*

Quadro 2. Distribuição das atividades dos oito Agentes Comunitários de Saúde, na semana de observação, conforme carga horária semanal despendida, local de realização e natureza das atividades: atividades internas e atividades externas. São Paulo, 2007 (Parte 1).

Agentes	Atividades		
	Internas na UBS (*)	Apoio ao atendimento médico em dois postos avançados (uma vez por semana)*	Reuniões de equipe
Agente 1	13 horas e 35 minutos	-	quintas-feiras / uma hora e 30 minutos
Agente 2	16 horas e 41 minutos	uma hora e 30 minutos	segundas, quartas e sextas-feiras / três horas
Agente 3	21 horas e 25 minutos	uma hora e 30 minutos	segundas, terças e quartas-feiras / três horas
Agente 4	16 horas e 30 minutos	-	quintas-feiras / uma hora
Agente 5	27 horas	-	diárias / quatro horas e dez minutos
Agente 6	30 horas e 40 minutos	-	quintas e sextas-feiras / três horas
Agente 7	23 horas e 17 minutos	-	quintas e sextas-feiras / três horas
Agente 8	19 horas e 16 minutos	-	diárias / quatro horas e dez minutos

Quadro 2. Distribuição das atividades dos oito Agentes Comunitários de Saúde, na semana de observação, conforme carga horária semanal despendida, local de realização e natureza das atividades: atividades internas e atividades externas. São Paulo, 2007 (Parte 2).

Agentes	Atividades externas				
	Visita Domiciliar	Número de visitas**	Atividades Comunitárias	Grupos	Abordagem na Rua
Agente 1	14 horas e sete minutos	35	Caminhada uma hora e 30 minutos	Grupo de bebês dentista uma hora e dez minutos	6
Agente 2	12 horas e 31 minutos	40	Caminhada + ginástica uma hora e 30 minutos		20
Agente 3	seis horas e 30 minutos	53	-		10
Agente 4	nove horas e 40 minutos	27	1. Caminhada (uma hora) 2. Bingo idoso (uma hora e 40 minutos) 3. Café Comunitário (50 minutos)		6
Agente 5	cinco horas e 25 minutos	30	-	-	-
Agente 6	18 minutos	1	-	-	-
Agente 7	13 horas e dez minutos	13	1. Caminhada (segunda, quartas e sextas-feiras, três horas) 2. Reunião com diretor de Hospital e representante da SABESP, sobre lixo hospitalar que cai no córrego (30 minutos) 3. Reunião Subprefeitura sobre lixo, dejetos, presença de ratos, escorpiões... (uma hora) 4. Grupo de artesanato (pintura) (uma hora)		5
Agente 8	11 horas e dez minutos	28		Grupo de crianças	-

(*) Não inclui o tempo dos grupos, apoiados nas UBS, por se considerarem atividades comunitárias, embora, na maioria das vezes, a atividade do Agente seja apenas de apoio à sua realização. Em UBS inclui o atendimento descentralizado comunitário realizado, por uma das equipes, em dois serviços.

(**) No total de visitas considerado para cada agente, estão incluídas visitas de rotina, visitas rápidas para entrega de agendamentos, convite para o grupo de bebês com o dentista, as entregas de cartão de agendamento, entrega de receita e visitas de "busca ativa" de tuberculose e de hanseníase (bastante rápidas), visitas realizadas no portão, acompanhamento de outro profissional da equipe em VD, entre outras, embora, nessa última situação, quase nunca o Agente se manifeste ou participe.

"Olha, na Unidade eu acho que é um geral. Porque assim, uma Unidade de Saúde, ela depende... [...] Todo mundo depende de todo mundo, não adianta ir lá na rua, falar um monte de coisa bonita e chegar aqui, a pessoa não conseguir nada. Então eu vou depender de todo mundo que está aqui dentro: eu vou depender da faxineira pra limpar o chão, eu vou depender da auxiliar pra fazer um bom acolhimento, eu vou depender das meninas da farmácia. Então é um geral [...] Eu vou depender do médico dentro do consultório, da direção, se eu precisar deles. Eu acho que é um trabalho em conjunto, tem que todo mundo funcionar para o serviço dar certo porque, se eu tiver dificuldade com qualquer pessoa aqui dentro, eles vão maltratar meus pacientes. Eles vão falar assim: 'Ah, é da... (nome da agente)! Se vira com ela!'. Tem que ser em conjunto, tudo tem que ser um pelo outro, sabe? Eu sei que eu vou tá lá na rua, que eu vou mandar um paciente meu vir aqui procurar a ..., que é a auxiliar de enfermagem, eu sei que ela está aqui e eu sei que ela vai atender aquele meu paciente. Porque não adianta, se você trabalhar sozinha você não consegue nada. Não rende de jeito nenhum."

"O trabalho da gente é na comunidade em geral. Na UBS, nem tanto porque a gente fica o quê? A gente fica duas horinhas aqui, mas o importante, o que vale é lá mesmo, então a gente fica mais lá. O pessoal precisa mais lá fora. As pessoas do PSF estão aqui dentro por quê? Porque a gente orientou lá fora para estar vindo pra cá. Então a gente faz mais é lá na comunidade."

"Meu dia a dia... Como agente de saúde o que mais eu faço durante o dia são as visitas, né? Casa a casa. Porque a gente vê que... Além da saúde, nós temos aquela preocupação com dengue. Tá verificando esse negócio no verão. Quando tá com focos de dengue, essas 'coisa' assim então... Tudo e tudo um pouco, né? Mas toma mesmo, o que eu faço mais é na área mesmo, na comunidade. Meu dia a dia? Levanto, vou para UBS, temos todos os dias, uma hora, como eu já falei, de reunião de equipe, pra tá resolvendo os problemas do dia anterior. E a gente sai dali, terminou... Quando tem grupos a gente, eu mesma, assim, nós temos uma escala de agentes comunitários. Que sempre fica um agente na escala, trocamos também de escala - tipo assim: se hoje eu tô no grupo de criança esse mês - eu tô no grupo de criança - mês que vem eu vou pra uma outra, outro grupo e aquela outra pessoa, outra agente fica no meu lugar. Então a gente está sempre trocando, pra não ficar uma experiência só de grupo. E no dia que precisa a gente fica na UBS fazendo esse tipo de trabalho, né? Saiu do grupo volto pra área pra tá fazendo as visitas casa a casa, então o maior tempo mesmo é na rua."

Já as visitas domiciliares, embora consideradas o centro do trabalho, o mais importante, não tiveram, na semana observada, a referida prioridade. Mesmo para aqueles agentes que fizeram um número grande de visitas, o tempo a elas dedicado, pelo que se vê no Quadro 2, não seria considerado suficiente para uma abordagem adequada da família, o que pode ser confirmado pelas informações contidas no Quadro 3, quando se apresentam as atividades desenvolvidas pelo agente, conforme a natureza da ação.

2.2.5 As ações desenvolvidas pelos Agentes

As ações aqui caracterizadas foram identificadas também com base nos Cadernos de Observação dos Agentes Comunitários de Saúde. As vantagens dessa abordagem são enfatizadas por todos os pesquisadores que se dedicam ao estudo de metodologias com enfoque qualitativo. Lembra-se, entretanto, no sentido de uma explicitação dos limites das informações aqui colocadas, em primeiro lugar, do fato de que os registros, a matéria prima utilizada para essa análise, foi elaborada por sujeitos que, embora treinados para que se pudesse garantir o máximo de isenção e de uniformidade na ocasião da observação, certamente tiveram que fazer opções do que, segundo os seus valores e a exiguidade do seu tempo, seria o mais importante de ser registrado.

Apresentam-se, no Quadro 3, as ações desenvolvidas na semana de observação do trabalho. Em primeiro lugar, chamou a atenção a diversidade e a heterogeneidade em termos de conteúdo e de abordagem dos assuntos nas visitas domiciliares observadas. Uma segunda observação, também bastante genérica, diz respeito à frequência com que ocorrem determinadas

Quadro 3. Distribuição das atividades dos agentes comunitários conforme natureza da ação. São Paulo, 2007.

Natureza da ação / Atividades	Agentes							
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
1. Atividades de organização interna			4					
Organização de cadastro e prontuário	3	6		5				
Levantamento de prontuário / resultados de exames	2	1		4	1	11		
2. Planejamento/ acompanhamento / avaliação das ações de saúde / organização de prontuários e VDs	1	5	5	4	6	2	3	8
Preenchimento de cartão / ficha		1			6	1		
A – cadastramento das famílias	1	3	1		1			1
Cartão para programas para idosos (faz perguntas gerais) no domicílio					6			
B – atualização de cadastro		1					1	13
C – coleta de dados				10	1	1		
D – consolidação/registro de dados	1		1	7		4	3	2
E – elaboração de relatórios	8		1	1			3	
3. Reuniões	2	3	4	4	3	2	5	2
4. Ações médico/sanitárias						4 (verificação PA na unidade)		
A – prevenção e monitoramento de situação de risco e meio ambiente (vigilância sanitária)				3	2		1	
B – prevenção / monitoramento de doenças prevalentes / grupos específicos de risco (vigilância epidemiológica)	8	18	17	14	4	1	19	14
C – promoção à saúde		4		3	1		7	
D – ações de reforço à conduta médica	1			2			1	
E – ações de controle de medicação / tratamento (inclui orientação e entrega de receita)	8	24	4	12	8	14	10	12
Marcação de consulta na unidade, por solicitação de usuário, durante VD							2	
Entrega de receita para paciente						2		
Entrega de medicamento					1			
F – marcar consulta / exame (inclui orientação e entrega)	22	46	16	19	27			17
G – ações de prestação direta de cuidado				1			1	
5. Ações educativas								
A – questão escolar								1
B – trabalho			1				3	3
C – condição de moradia/móveis/dinheiro								
D – sexualidade								1
E – hábitos de higiene (atividade física, vestuário, repouso, fumo, álcool)	7	9			1		1	2
F – prevenção de doenças			1		1		19	
G – planejamento familiar	2	1	1	1				1
H – qualidade de vida, relações familiares	1	2		1			1	2
I – estigma		2						
J – alimentação / amamentação / ervas medicinais		6	1	5			3	6
6. Ações comunicativas	15	11	6	9	18	4		25
7. Ações de assistência social		2					1	
8. Ações comunitárias	4	2			1			1
9. Ações intersetoriais (SPTrans, meio ambiente)			1	1	2	2		
10. Ações de encaminhamentos	1	2	5	5		13	7	

orientações nas visitas. Se considerarmos a fala dos Agentes de Saúde nas entrevistas, em que eles identificaram como ponto central do seu trabalho as orientações, especialmente sobre prevenção de doenças e sobre saneamento, na observação do referido Quadro, em nenhuma das equipes e semanas observadas isso se traduziu em uma prática preponderante. Ao contrário, como se constatou, as ações em torno da assistência médica e do controle de riscos (reforço da conduta médica, controle de medicação / tratamento e, ainda, marcação de exames e consultas) representaram a maior parte das atuações dos Agentes. Por sua vez, identificou-se, nas visitas, uma série de "conversas" acerca da família, do emprego, dos acontecimentos no bairro, de comentários acerca da saúde e da doença. Também a frequência de levar informações, levar cartão, ou seja, o agente mensageiro evidenciou-se como prática prevalente.

Apesar de as visitas terem como local de realização os domicílios, ocupados na maior parte por famílias, e essas se constituírem no alvo formal das ações, pôde-se constatar que as ações dos Agentes eram dirigidas, em grande parte, a uma pessoa do domicílio. Mesmo quando mais de uma pessoa era contatada, ou sobre as quais eram colhidas informações, ficava-se com a impressão de que a abordagem do Agente, na imensa maioria das vezes, não se fazia no sentido de considerar a dinâmica familiar, mas a somatória dos indivíduos que coabitavam no domicílio.

Quanto ao horário de visitas, alguns Agentes informaram que não adiantava sair cedo, porque as pessoas que não saíam para trabalhar fora dormiam até um pouco mais tarde.

> *"É que dentro da Unidade você observa, mas observa bem menos. Porque você tem condições de ver quem veio, quem voltou, quem deixou... Orienta de uma equipe para outra. Mas, na rua, a gente tem muito mais coisas para ser feito. E o tempo é curto, porque pega... Em nossa área mesmo, o pessoal começa a acordar a partir das 9h00. Se eu sair às 8h00, eu vou estar esperando um acordar, procurar documento. Mesmo assim, agora, com as 'carteirinha' do idoso, você vê a dificuldade que eles têm de encontrar os documentos. Aí, você não consegue fazer uma visita com menos de 15 minutos, ou de preencher a carteirinha. Aí não tem como, vai sempre meia hora. O tempo mínimo é meia hora que gasto."*

Ao detalhar o trabalho que desenvolviam, conforme se identificou nos depoimentos, os Agentes de saúde consideravam, basicamente, três atividades-fim, dirigidas aos indivíduos, famílias e comunidade, nas quais exerciam as suas funções, entre as quais a orientação: a visita domiciliar, as atividades com grupos (na maioria das vezes entre educativas e assistenciais) e as atividades comunitárias.

2.2.5.1 A visita domiciliar

A visita domiciliar foi considerada por todos os entrevistados atividade primordial do PSF e atribuição primeira do Agente. Eles destacaram, como principal conteúdo, a orientação para prevenção / resolução de problemas, em especial de saúde / doença.

Nesse sentido, a visita do Agente articulava-se com o trabalho da equipe, especialmente quando o Agente encontrava um problema, o qual ele levava para discutir com o médico, sua principal referência, ou com a enfermeira, ou para a reunião diária. Nas situações detectadas como problemáticas que, na maior parte das vezes, estava relacionada com o monitoramento de situação de risco epidemiológico (aderência a tratamento, cuidados da criança menor de um ano, falta repetida a atendimento, recusa de procedimento), muitas vezes concluíam pela necessidade de um reforço do trabalho do Agente, agendando uma consulta ou uma nova visita acompanhada pelo auxiliar ou pelo enfermeiro.

Na visita, além da atividade educativa mais formal, identificava-se um espaço de suporte em que ouvir, informar e aconselhar eram instrumentos potenciais de trabalho. No entanto, essa dimensão do trabalho raramente aparecia para grande parte dos Agentes, nas observações de campo, o que indicava que não era realizado, pela maioria dos agentes, de forma sistemática, mesmo quando se identificavam oportunidades de abordagem. No trabalho de alguns Agentes, entretanto, conseguia-se evidenciar esse enfoque de cuidar, de orientar, da prevenção de doenças em relação à família como um todo.

A situação de carência de diversas ordens — social, afetiva, de informação — e a ênfase do PSF nas ações de vigilância à saúde criavam as condições para que a faceta de suporte do trabalho do Agente fosse interpretada, até por ele próprio, como de assistência social, quase caritativo, feito por sua própria iniciativa e baseado na sua experiência de vida.

Ainda nessa perspectiva, nas visitas domiciliares que foram observadas, verificaram-se diferenças muito grandes entre os Agentes, desde o planejamento da visita, a abordagem, a valorização da queixa do usuário, das necessidades do ambiente familiar, o aproveitamento das oportunidades para orientar, a oportunidade e a complexidade da informação sobre diferentes aspectos, prevenir doenças e enfocar vários membros da família em vez de apenas o indivíduo que motivou a solicitação. A diferença entre os Agentes também se manifestou em outras situações, condições como o fato de conhecer todos ou quase todos os usuários moradores da microárea, chamá-los pelo nome e ser por eles reconhecido, ser muito abordado tanto na UBS quanto na Unidade, ser referência para os demais profissionais na UBS quando precisavam de alguma coisa na rua.

2.2.5.2 Os grupos

Durante a semana de observação e a partir das falas nas entrevistas, identificou-se o acontecimento de uma série de grupos educativo-assistenciais (Quadro 4), alguns preconizados pelos programas mais tradicionais, outros conforme a criatividade e a habilidade da equipe, como grupos para crianças, gestantes, idosos, oficina terapêutica (pintura), caminhada (com controle de peso mensal e de PA semanal), grupo de dentista para crianças, entre outros. Eles cobriam uma gama de finalidades: desde um papel mais educativo, muitas vezes oferecendo assistência suplementar ao atendimento médico, até atividade de lazer e cultura, como relatado, praticamente ausente em muitos bairros.

Alguns grupos aconteciam na UBS, e outros, em locais da comunidade. Eles eram marcados pela equipe, e as pessoas eram convidadas pelos Agentes. Eram conduzidos com a participação de um médico ou do enfermeiro "quando o trabalho na unidade não estava muito apertado". O principal objetivo era a passagem de informação sobre a condição de risco e a necessidade de manutenção de cuidados. Em poucas equipes ou situações, o Agente participava mais ativamente dos grupos proferindo palestras e dando orientações. Na maioria das vezes, entretanto, a sua participação resumia-se a apoio na convocação, no preparo do ambiente e dos impressos necessários e na organização da atividade.

Os Agentes sentiam-se muito satisfeitos em participar desses grupos, qualquer que fosse a natureza da participação, conforme os depoimentos.

2.2.5.3 Atividades comunitárias

Nas atividades dos Agentes de Saúde observadas, as ações comunitárias estiveram presentes e, além disso, nas entrevistas, houve uma série de fatos relatados evidenciando que elas ocorriam. Os relatos relacionavam-nas com saneamento (lixo), segurança, fome e desemprego, atividades de lazer e reivindicação de equipamentos sociais. As atividades para terceira idade podiam estar mais vinculadas à promoção da saúde e/ou ao lazer.

Também houve o relato de uma série de atividades desenvolvida pela equipe que se identificou como de caráter comunitário, quando se distanciavam de um objetivo mais imediatamente assistencial e educativo e propiciavam o desenvolvimento de relações entre os participantes.

Os depoimentos a seguir demonstraram o desenvolvimento dessas atividades pela equipe e, muitas vezes, por iniciativa do Agente.

> **Agente**: *"Além das visitas, de quinze em quinze dias tem um grupo de mulheres, esse grupo é feito pelo agente comunitário – isso na minha micro. Esse grupo as mulheres vão na casa de uma, se reúnem, aí a enfermeira às vezes participa, ou às vezes a médica vai também; tem convidados. E não é um grupo pra se falar de doença, é um grupo 'onde' elas podem falar o que elas quiserem: a falta de um companheiro, o filho ausente, né? E elas ali, vão desabafando. Então, sem ser a minha visita na rua, tem esse grupo. Isso na rua. Agora, aqui tem os grupos que a gente participa, às vezes, como foi hoje, que foi o de gestante."*

Entrevistador: "*Qual é o seu papel nesses grupos, na unidade, como o de gestante?"*

Agente: "*Orientação e auxílio no agendamento, orientar onde ela vai agendar, como ela vai agendar exames que, às vezes, precisa procurar. Então, ao invés da enfermeira sair da sala, deixar a paciente sozinha ou o médico, eu desço procuro os exames, o que precisa pra eles... trago. Quem faz o grupo é a enfermeira ou o médico, quando está."*

Ainda em relação às atividades na comunidade, por um lado, os Agentes de Saúde destacaram, na entrevista, a necessidade de maior número e diversidade de equipamentos sociais. Por outro, identificaram experiências de sucesso na parceria entre movimento social e unidade de saúde, como na área de uma das equipes onde estava sendo reformado um galpão para atividades comunitárias com o apoio da unidade, no qual era realizado o grupo de atividades manuais.

Foram encontrados vários outros relatos de atividade das equipes de saúde no "suporte" de determinadas pessoas da comunidade, realizado principalmente pelos próprios membros da equipe e com participação especial do Agente Comunitário de Saúde.

O depoimento transcrito abaixo é paradigmático:

"Eu tive um problema dos velhinhos que vieram para a minha área – são três velhinhos, e nenhum deles trabalhava, ninguém era aposentado. E eu não sabia onde colocar esses 'velhinho'. Aí, eu tive a ajuda da comunidade... Aí, juntou a Pastoral da Criança e a Associação... Então, foi emocionante, porque todo o 'meios' que eu ia ajudar eles não tinha um jeito, porque tinha que ter uma renda, não é? E você, pedindo para os outros, um dia você recebe e outro dia você não consegue. Aí, foi levado lá para aposentar. Aí, levamos na Ponte Pequena... Aí eles conseguiram o benefício. Uma tinha 65 anos, outra tinha 62 e o irmão, que era mais novo, estava com 59 anos. Você vê, isso eram todos de idade, não tinha... Era tudo frágil, pessoa desnutrida. E eu consegui; eu senti que aquilo foi um esforço, nossa! Meu e da comunidade. Teve a Dona ... que ajudou bastante; o pessoal da Igreja do Consulado... A gente alugou uma casinha deles para um ano e meio, aí as dificuldades 'dele' pararam um dia. Mas aí o dono da casa abaixou bastante o aluguel, e eu consegui com... Tem uns primos meus, também, lá do Parque São Domingos, eles ajudaram também a manter aquele aluguel. Aí, quando veio o benefício, eles ficaram bem gratificados... Aí eles começaram, assim, a se cuidar, a tratar. A gente levava açúcar, levava alimento para eles. Frutas – no domingo eu recebia a sacolinha... Aí, o pessoal passou a saber, aí levava. E eles 'ficou'... Nossa, isso me emociona! Tem dois anos que eles mudaram lá para o ... Carapicuíba. Tem uma prima deles que mora para lá. Aí, enquanto ela já estava tendo benefício, aí ela falou assim: "Ah, agora dá para 'mim' dividir o cômodo lá com a minha prima, e dá para pagar, junto." Aí, eles foram lá

Depois, em dezembro, ele veio e falou para mim que estava super bem. E ele tinha o primo dele, que estava trabalhando – entregava peças de carros, assim, nas marginais. E ele começou a fazer esse serviço, e estava ganhando. E juntou com aquele benefício da irmã, já estava bem melhor de vida. Nossa! Ajudou bastante. Isso foi muito importante, nossa!"

2.3 O Agente Comunitário de Saúde e a equipe de Saúde da Família

O Agente Comunitário de Saúde trabalhava bastante articulado com a equipe, interligando a casa e a unidade, as pessoas e os demais membros da equipe de Saúde da Família.

Conforme Silva e Dalmaso (2004), a equipe é constituída no processo de trabalho: na finalidade comum do trabalho, na troca de informação, no espaço da reunião, no compartilhamento de tarefas, na homogeneidade da mensagem e da linguagem, na percepção / vivência de que um todo era maior (e mais forte) do que cada parte isolada.

"Aqui, dentro da equipe, o que a gente faz? De manhã, quando a gente chega na reunião, a gente passa tudo que aconteceu no dia anterior. O nosso papel é comunicar à equipe o que aconteceu no dia anterior, o que chamou a atenção ou alguma coisa que foi perguntado

pra gente e a gente só vai ter a resposta na hora da reunião. Quer dizer, é um elo mesmo da comunidade, aqui. Dentro da equipe é isso: a gente passa o que a gente fez, obtém a resposta, leva a resposta pra eles, né? A gente tem que ser unido dentro da equipe porque, se não tiver a união dos Agentes e da equipe, não vai pra frente."

Encontrava-se, também, um modelo de equipe em funcionamento bastante hierarquizado:

"Tem a reunião de equipe. Sempre tem, mas a última palavra sempre é do doutor, nunca pode ser do Agente de Saúde, sempre tem que ser do doutor."

O médico, em especial, e o enfermeiro eram identificados, na maior parte das equipes observadas, como referência do Agente e seu supervisor. A reunião de equipe representava o espaço privilegiado de encontro, discussão e planejamento do trabalho dos Agentes. A integração dos trabalhos dos membros da equipe, para o Agente, muitas vezes aparecia como um ajuda mais pessoal e não de organização técnica do trabalho.

Com base na análise do material, apresentam-se:

- as opiniões e a visão dos Agentes sobre as reuniões e sobre os conteúdos;

- informações trabalhadas a partir dos registros efetuados pelo observador, das reuniões de equipe. O número de reuniões que aconteceram durante a semana variou segundo a sistemática adotada pela equipe (Quadros 4 e 5);

- e informações obtidas a partir da leitura e análise dos cadernos de observação do trabalho dos Agentes.

2.3.1 As reuniões de trabalho da equipe

Consideradas relevantes para o trabalho e para a conformação da identidade profissional dos Agentes, as reuniões de equipe foram apresentadas e discutidas na qualidade de instrumento privilegiado de concepção e de realização do trabalho da equipe e de elaboração da tecnologia necessária ao modelo assistencial em construção.

As reuniões de equipe do PSF foram entendidas e propostas como espaços de troca de experiências, opiniões e visões sobre os problemas enfrentados pela equipe, envolvendo, também, as funções dos profissionais, as formas de integração do trabalho, o desenvolvimento de ações que transcendem o âmbito restrito da vigilância à saúde e de assistência à doença. Portanto, constituir-se-iam em espaço de construção do projeto comum de trabalho da equipe e de reconstrução da prática.

Nas quatro unidades / equipes cujo trabalho foi estudado, as reuniões de cada equipe eram frequentes, variavam entre diárias e duas ou três vezes por semana, tendo como objetivo destacado não permitir o acúmulo de informação e problemas, garantindo intervenção eficaz e retorno rápido para a população.

Assim, a reunião diária aparecia como espaço de apresentação de situações-problema, com troca de informações sobre o caso, troca de opinião sobre como proceder e planejamento de ações muitas vezes envolvendo a soma de forças da equipe para lidar com o problema.

"Tem reunião todos os dias. Os principais assuntos são das visitas que a gente fez naquele dia, porque nossa reunião é todos os dias. Então, a gente passa tudo o que aconteceu no dia, né? Ou então as coisas mais graves, né? Se precisa de consulta, se tem alguma coisa mais grave. Às vezes, a gente não passa porque não tem tanto problema, né? A gente passa o que foi feito nas visitas. Entrega de exames também."

"A gente costuma fazer reunião toda quinta feira, depois da caminhada. Depende muito de assunto pra assunto. Às vezes a gente fica uma hora, uma hora e pouco, duas horas. No máximo 'é' duas horas. Nessa reunião, a gente discute tudo. Tem coisa que não dá pra você, no dia que chega conseguir conversar com a equipe; tem que passar pro médico, alguma coisa da área."

Quadro 4. Distribuição das temáticas discutidas em três reuniões da equipe A, conforme tipo de questão, conteúdo da ação proposta e discussão acerca do trabalho. São Paulo, 2007.

CARACTERIZAÇÃO DAS TEMÁTICAS	Reunião 1	Reunião 2	Reunião 3
I. Número de questões discutidas	9, possíveis de identificação	5 + várias	11 + várias
II. Tipo de questões			
1. VIGILÂNCIA SANITÁRIA / AMBIENTE			
2. VIGILÂNCIA À SAÚDE			
Prevenção (vacina)			
Óbito, internação / alta			
Nascimento			
Grupo de risco a) gestante	3		
b) criança < 1 ano			
c) criança 1 a 5 anos			
d) cardiovascular (HA, DM)			
e) idoso			
f) *screening* câncer gineco			
3. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA			
4. PROMOÇÃO À SAÚDE			
5. CASO CLÍNICO / INDIVIDUAL	6	1 (+ várias)	3
5. 1. Apresentação, pelo médico, de resultado de exame	4 (várias)	várias	3 + várias
5. 2. Solicitação de remédios, receitas			1
6. PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL		1	
7. Solicitações de atestados, laudos		1	
8. Informação sobre sistemática de atendimento / trabalho	1		2
9. Postura / disciplina no trabalho (pontualidade, registro VD, limite do trabalho dos membros da equipe, marcação de consultas na agenda)		1	1
10. desaparecimento de documento (exame, prontuário etc.)		1	
11. Marcação de consulta			3 + várias
12. Demanda de VD			1
13. organização de prontuários para VD da equipe			1
14. anotações em prontuários de clientes atendidos no posto avançado			1
III. Conteúdo / ação proposta			
A. Médico-sanitária			
Conferir suporte social			
Prestar informação		2	4 + várias
Fazer orientação para autocuidado			
Levar mensagem/insumo/resultado de exame	4 (várias)	1+ várias	3 + várias
Colher informação			
Acompanhar / passar o caso para outro profissional		1	
Marcar/remarcar consulta / atendimento	5	1 + várias	várias
Controle medicação / tratamento			
Controle exames			
Controle faltoso / seguimento programático			
Nada proposto	1	2	
B. Educativa			
Escola, trabalho			
Moradia			
Sexualidade / planejamento familiar			
Hábitos / higiene / comportamento			
Relações familiares			
Qualidade de vida			
Alimentação / aleitamento			
Uso de serviços de saúde			
C. Comunicativa (conversas c/ usuário, c/ família)			
D. Comunitária			
Lazer			
Reivindicação de serviços, benfeitorias			
IV. Organização de escalas, atividades, agendas etc.	1		1

Quadro 4. Distribuição das temáticas discutidas em três reuniões da equipe A, conforme tipo de questão, conteúdo da ação proposta e discussão acerca do trabalho. São Paulo, 2007. (continuação).

CARACTERIZAÇÃO DAS TEMÁTICAS	Reunião 1	Reunião 2	Reunião 3
V. Discussão acerca do trabalho/modelo de atenção do PSF	-		
Trabalho em equipe	-		
Relação com: Comunidade (C) Usuário (U) Rede de serviço (R) Intersetorial (T)			
Informações clínica (terapêutica, evolução, procedimento, relação médico-paciente)	-		
VI. Natureza da questão discutida			
Assistência: Individual (I) Familiar (F) Comunidade (C)	6	3 + várias	5 + várias
Técnico administrativo	1	2	1
Mista (Assis. ind. + técnico adm.)	1		3
Outra			
VII. Duração da reunião	26 minutos	28 minutos	uma hora e 26 minutos (reunião suspensa por 20 minutos)
Participantes	Médico e agentes	Médico, enfermeiro e agentes	Médico, enfermeiro e agentes

Quadro 5. Distribuição das temáticas discutidas em quatro reuniões da equipe B, conforme tipo de questão, conteúdo da ação proposta e discussão acerca do trabalho. São Paulo, 2007.

CARACTERIZAÇÃO DAS TEMÁTICAS	Reunião 1	Reunião 2	Reunião 3	Reunião 4
I. Número de questões discutidas	5	1	1	2
II. Tipo de questões				
1. VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ AMBIENTE		Com a SABESP	Ambiente: Subprefeitura- lixo, praças,	
2. VIGILÂNCIA À SAÚDE				
Prevenção (vacina)				
Óbito, internação/alta	1			
Nascimento				
Grupo de risco a) gestante	1			
b) criança < 1 ano				
c) criança 1 a 5 anos				
d) cardiovascular (HA, DM)				
e) idoso				
f) *screening* câncer gineco				
3. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA				
4. PROMOÇÃO À SAÚDE				
5. CASO CLÍNICO/INDIVIDUAL				
5. 1. Apresentação, pelo médico, de resultado de exame				
5. 2. Solicitação de remédios, receitas				
6. PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL	1			
7. Solicitações de atestados, laudos				
8. Informação sobre sistemática de atendimento / trabalho	1			
9. Postura/disciplina no trabalho (pontualidade, registro VD, limite do trabalho dos membros da equipe, marcação de consultas na agenda)				

Quadro 5. Distribuição das temáticas discutidas em quatro reuniões da equipe B, conforme tipo de questão, conteúdo da ação proposta e discussão acerca do trabalho. São Paulo, 2007. (continuação).

CARACTERIZAÇÃO DAS TEMÁTICAS	Reunião 1	Reunião 2	Reunião 3	Reunião 4
10. desaparecimento de documento (exame, prontuário etc.)				
11. Marcação de consulta				
12. Demanda de VD	5			
13. organização de prontuários para VD da equipe				
14. anotações em prontuários de clientes	1			
15. Supervisão, do enfermeiro sobre o trabalho dos agentes	1			
16. Outra: Reunião com Conselho Tutelar: drogadição na área, crianças sem registro de nascimento				**1**
III. Conteúdo/ação proposta				
A. Médico-sanitária				
Conferir suporte social				
Prestar informação				
Fazer orientação para autocuidado				
Levar mensagem/insumo/resultado de exame				
Colher informação				
Acompanhar/passar o caso para outro profissional				
Marcar/remarcar consulta/atendimento	3			
Controle medicação/tratamento				
Controle exames				
Controle faltoso/seguimento programático	2			
Nada proposto				
B. Educativa				
Escola, trabalho				
Moradia				
Sexualidade / planejamento familiar				
Hábitos / higiene / comportamento				
Relações familiares				
Qualidade de vida		1	1	
Alimentação / aleitamento				
Uso de serviços de saúde				
C. Comunicativa (conversas c/ usuário, c/ família)				
D. Comunitária				
Lazer			1	
Reivindicação de serviços, benfeitorias		1	1	
IV. Organização de escalas, atividades, agendas etc.				
V. Discussão acerca do trabalho / modelo de atenção do PSF				
Trabalho em equipe				
Relação com: Comunidade (C) Usuário (U) Rede de serviço (R) Intersetorial (T)				
Informações clínica (terapêutica, evolução, procedimento, relação médico-paciente)				
VI – Natureza da questão discutida				
Assistência: Individual (I) Familiar (F) Comunidade (C)	I (3)	Comunitária	Comunitária	Comunitária
Técnico administrativa	2			
Mista (Assis. ind. + técnico adm.)				
Outra				
VII. Duração da reunião	36 minutos			
Participantes	Agentes e enfermeiro	Equipe, Diretor, Líder Comunitário e Técnico SABESP	Agente e Líder da comunidade e técnico da Subprefeitura, Vereador	Diretor da UBS, Agentes, Conselheiro Tutelar

"Quando é muito urgente, a gente já passa direto pro médico porque todo dia a gente vê ele. Mas, quando é uma coisa que é melhor falar com a equipe inteira ou não é tão urgente, a gente espera o dia da reunião, que toda semana tem. A gente foi numa visita e, vamos supor, alguém ficou acamado e aí precisa de alguns cuidados e não tem familiares para estar o tempo inteiro com aquela pessoa. Às vezes, a pessoa precisa de um certo cuidado, ou então fazer algum curativo... Então, isso a gente tem que falar com as auxiliares, falar com a enfermeira, pra enfermeira ver quem é que vai, para fazer esse curativo. É bom a gente falar isso na reunião."

"A gente faz reuniões umas duas vezes por semana. Os principais assuntos é discutir sobre as famílias, principalmente sobre os acamados. Falar sobre os grupos que temos que fazer... E os assuntos da comunidade. É isso."

"São cinco horas por semana, igual... Então, justamente uma hora do dia é pra reunião. Porque a gente tinha antes semanal, mas só que a gente achou melhor assim pelo o que acontecia na área, os retornos demoravam muito. Então, ficou todos os dias, uma hora. Porque assim, eu fiz uma visita ontem, o problema que eu tenho de ontem eu não vou acumular pra tá passando, né? Passando pra frente, porque são seis agentes. Então o problema que eu tive ontem eu vou e passo para equipe e a gente tenta resolver dentro da equipe mais rápido. Então você já marca um retorno; não vou ficar acumulando pra semana inteira o problema. Cada caso, é um caso. Tem é... o caso do paciente que às vezes é o hipertenso, que pode dizer que não tem, a família próximo, que tá... não sabe ler, e fica perdido com a medicação, a gente procura saber como que fazer, qual o método assim, mais prático pra tá ajudando aquela pessoa. Também tem pessoas às vezes estão 'descompensadas'; os que faltam nas consultas. Tem a consulta marcada, tipo uma gestante tá com consulta marcada, faltou, a gente vai ter que ir até lá pra saber porque que faltou. O assunto depende do problema de cada família, de cada paciente, de cada família."

Confirmando o colocado pelos agentes nas entrevistas, durante as semanas de observação do trabalho houve oportunidade de registrar várias reuniões de cada uma das quatro equipes de saúde estudadas. Ao todo, foram caracterizadas 45 questões discutidas pelas quatro equipes. Em relação ao tipo de questão discutida, a ênfase recaiu sobre a vigilância à saúde, possivelmente numa concepção dos problemas apresentados como relacionados com a condição do indivíduo, mas também as discussões com destaque no caso clínico. Entre as ações propostas, sobressaiu a marcação / remarcação de atendimento, na maior parte das vezes com o médico de família da equipe. As relações familiares e as ações educativas e comunitárias quase não apareceram como temática nas reuniões de equipe, bem como a discussão sobre o trabalho da equipe e sobre o modelo de atenção do PSF. As questões técnico-administrativas, em especial as administrativas, tiveram um espaço importante de discussão nas reuniões.

Vale, ainda, destacar que, dentre as providências colocadas sob a responsabilidade do Agente, prevaleceu a vigilância à saúde, a prestação de informação, especialmente sobre acesso a serviços e ações de saúde, a função de elo comunicativo (mais estritamente entendido como levar mensagens e insumos da unidade à casa e *vice-versa*), levar resultados de exames e a coleta de informações adicionais.

Como exemplo do trabalho desenvolvido a partir dos registros das reuniões, cada um dos Quadros 4 e 5 apresentam as reuniões presenciadas pelos observadores de duas das quatro equipes de saúde. O objetivo da apresentação dos dois quadros cumpre duas finalidades: em primeiro lugar, apresentar a sistemática que foi desenvolvida de apreensão e análise das temáticas abordadas nas reuniões, o que pode ser observado no Quadro 4, que corresponde a uma determinada equipe, considerada equipe A. Já a apresentação do Quadro 5, caracterizado como correspondendo à equipe B, visou a demonstrar, mesmo nesse cenário heterogêneo e complexo, a existência de um esforço de articulação intersetorial e de discussão e de temática de interesse comunitário.

3. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA OPINIÃO DOS DEMAIS SUJEITOS DO PSF

Havia, praticamente, consenso entre os entrevistados acerca do Agente Comunitário de Saúde: a importância de sua presença na equipe, do seu trabalho para acontecer o PSF, seus princípios e diretrizes. Todos os informantes destacaram o Agente de Saúde como o "diferencial" do PSF, quando comparado a outros modelos de atenção. Nele depositavam não apenas uma série de responsabilidades, mas a possibilidade de transformação do modelo de atenção à saúde prestada à população.

Ainda, de forma geral, todos os entrevistados destacaram a enorme importância, tanto para a população cadastrada quanto para os objetivos do PSF, do sujeito **agente** e do seu trabalho: a garantia do acesso das pessoas ao atendimento à saúde, o acompanhamento das condições de saúde dos indivíduos e da família na unidade de saúde e no domicílio, entre outras ações. O trabalho do Agente e seus resultados estavam baseados no conhecimento da realidade e em sua inserção na comunidade, na humanização do atendimento, para os quais era importante o vínculo com as pessoas e com as famílias. Também concordaram quanto à importância da seleção e do treinamento adequados para os resultados do trabalho.

Se, por um lado, existiu concordância em relação a muitos aspectos, por outro, como era esperado, não havia, entre os integrantes das equipes de saúde da família estudadas, entre os gerentes das Unidades Básicas, consenso em relação à maioria dos aspectos relacionados com o Agente Comunitário de Saúde na viabilização da estratégia de Saúde da Família para a cidade de São Paulo, seja em relação às funções e/ou ao trabalho, ou em relação ao perfil desse profissional.

Sobre o que o Agente fazia, por um lado, a expectativa predominante era a de que o Agente fosse um elemento primordial na perspectiva de **vigilância à saúde**, quer na identificação de riscos, de problemas, quer no acompanhamento e no controle de situações de maior vulnerabilidade; em outro polo, identificou-se uma proposta que mesclava a vigilância à saúde das pessoas (abordagem do indivíduo e dos moradores de uma mesma casa) e atendimento à comunidade (carente) para acesso a serviços e benfeitorias e, ainda, uma função de intermediação, de representação para o trabalho da equipe na comunidade.

Reconheciam, entretanto, muitas dificuldades enfrentadas pelos agentes para a execução do trabalho, entre outras: a sobrecarga ocasionada pela responsabilidade por número de famílias, muitas vezes considerado excessivo, a pressão da demanda, a insuficiente discussão e aproveitamento dos dados colhidos, as dificuldades com os serviços de retaguarda da unidade básica, a insuficiência do treinamento, além da falta de preparo / perfil para abordagem de situações sociais, como violência e desemprego, que têm repercussão na saúde das pessoas. Alguns profissionais identificaram problemas também no modelo assistencial, em como, ao mesmo tempo, dar conta da assistência a grupos de risco epidemiológico e garantir espaço no trabalho para ações de prevenção e de promoção da saúde e, ainda, dar conta da demanda espontânea; outro desafio referido era o próprio objeto de atuação, o deslocamento da abordagem do indivíduo para a família, para a comunidade e para o meio ambiente.

Em alguns depoimentos, era importante a referência à condição de juventude, à inexperiência, à falta de **perfil** de alguns agentes, como influindo negativamente no trabalho.

Muitos integrantes das equipes destacaram, ainda, o fato de os agentes serem utilizados, às vezes, para diferentes atividades, principalmente algumas desenvolvidas no interior da Unidade Básica de Saúde, até levantamentos, acompanhamentos e outras atividades que tinham como espaço a comunidade e/ou as famílias.

Como requisitos necessários para uma boa atuação, foram lembradas, entre outras características, a capacidade de atuar em equipe, a habilidade para o contato interpessoal, além de aspectos relacionados com uma postura ético-política, traduzidos pelos entrevistados como "ter compromisso", "envolver-se com o trabalho".

Se, por um lado, o Agente era colocado como o responsável pelo cadastramento e pela atualização de dados sobre a população e pela representação da estratégia no contato com cada família e com a co-

munidade, porta-voz dos objetivos e de sua organização, por outro, outra importante faceta do trabalho do Agente era dar suporte aos profissionais da equipe nas suas incursões externas à unidade básica. Uma primeira tarefa era a de conduzi-los até o local necessário, fazer a apresentação, prestar esclarecimentos e, até, mediar a relação.

O Agente tinha, ainda, como tarefa levar mensagens e insumos (receitas, encaminhamentos, relatórios, medicação, marcação de consultas). Identificou-se essa função em praticamente todas as falas dos integrantes das equipes, embora esse trabalho fosse criticado, por alguns, quando o seu objetivo era mais "burocrático", como desmarcar e marcar consultas e exames, mas considerado pertinente, se fosse o caso de levar encaminhamento, medicação ou reforço a determinada conduta ao paciente.

O Agente também era o tradutor, a extensão do olhar da equipe para além dos muros da unidade: era ele quem identificava as condições de vida das famílias e a necessidade de um cuidado de outros profissionais:

> *"A base do PSF. O elo entre os membros da equipe. Não existe PSF sem ACS"* (gerente).

> *"A coluna vertebral, é o diferencial entre o antigo modelo de saúde e o atual"* (gerente).

> *"Só não faz chover"* (dentista).

Caminhando para a sistematização, na opinião dos integrantes das equipes (exceto o Agente) e gerentes das Unidades Básicas de Saúde entrevistados, foram detectadas, pelo menos, cinco funções do Agente Comunitário de Saúde. Essas funções, entretanto, não apareceram de forma pura e foram aqui caracterizadas como aquela em que foi colocada maior ênfase, envolvendo várias dimensões e naturezas, diferentes entendimentos e percepções de sua participação no Programa / equipe: conhecedor da população; facilitador do acesso; elo entre a equipe, a família e a comunidade; tradutor e, ainda, a de controlador dos indivíduos, das famílias e da equipe.

3.1 Agente conhecedor da população

O conhecimento que o Agente de Saúde tinha da comunidade, das famílias e das pessoas era incorporado por profissionais da equipe tanto como instrumento de gerenciamento quanto para nortear o tipo de atendimento necessário na unidade ou no domicílio.

Segundo os entrevistados, o Agente conhecia não só as pessoas, mas também as casas e o modo de vida dos seus habitantes, e atuava como um prolongador dos olhos e da apreensão da equipe:

> *"Sabe de todos os problemas. Traz informações da microárea para enfermeira e para auxiliá-lo"* (auxiliar de enfermagem).

> "*Conhece do dia a dia da comunidade"* (auxiliar de enfermagem).

> "*É fundamental. Faz a busca do paciente. Conhece os problemas da comunidade. Os pacientes têm liberdade com ele"* (médico).

3.2 Agente facilitador do acesso ao serviço de saúde

Para os entrevistados, o Agente tinha a função de prestar informações à população sobre as atividades desenvolvidas na unidade e sobre as formas de acesso. Era o Agente, também, que levava o "caso" do indivíduo ou da família para discussão na reunião de equipe e, muitas vezes, era o desencadeador da ida de outro profissional à casa, ou, mais frequentemente, levava um agendamento para consulta ou um encaminhamento para outro profissional.

> *"Os pacientes procuram os ACS e eles fazem o agendamento, como uma triagem. Eles sabem quem são os pacientes que precisam de VD frequentes. Eles 'dominam' a agenda do médico"* (médico).

> *"Orienta os cadastrados sobre o funcionamento da UBS. Ajuda a equipe a pensar intervenções para as famílias. Traz a realidade do território para a equipe"* (enfermeiro).

"Auxilia a equipe no entendimento da dinâmica das famílias" (enfermeiro).

Em muitas situações, essa intermediação no acesso se traduzia em facilitar o trabalho do médico, do enfermeiro, do auxiliar. Também era visto como facilitador do acesso dos demais membros da equipe à comunidade:

"Ele traz o paciente pra dentro do meu consultório" (médico).

É fundamental. Faz a busca do paciente" (médico).

"O elo do PSF. Faz o contato, o caminho, as descobertas. Apresenta a equipe e transmite segurança à comunidade. Quando a comunidade confia no agente, o caminho está aberto para a equipe. Sem agente, não tem PSF" (dentista).

Outra forma de **facilitar o acesso** era a permanência do Agente por um grande período de tempo, desenvolvendo ações na Unidade Básica de Saúde, atendendo às necessidades dos usuários, conforme se constatou na apresentação das informações sobre o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

A esse propósito, cabe o depoimento de um gerente de Unidade Básica de Saúde quando perguntado sobre **o que a população mais gosta no Agente Comunitário de Saúde**:

"De ter uma pessoa de referência dentro da UBS" (gerente de UBS).

Ainda em relação a facilitar o acesso, uma parte expressiva do trabalho dos agentes, na opinião dos coordenadores, era "levar mensagens", como as de marcação / remarcação de consultas e exames, agendar o tratamento de saúde bucal, entre outros compromissos para acompanhamento e monitoramento dos grupos de risco.

"Traz informações da microárea para o médico, para a enfermeira e para o auxiliar de enfermagem" (auxiliar de enfermagem).

"Leva as necessidades da comunidade e dos indivíduos para a UBS. Troca de recados entre usuários e UBS" (enfermeiro).

"É o centro da equipe. Trazem toda a demanda" (auxiliar de enfermagem).

Nesses depoimentos, pode-se notar o Agente "mensageiro", às vezes tomado como "mandado" pelo profissional médico ou dentista.

O Agente era, também, responsável pela emergência de necessidades de saúde, conformando parte importante da demanda da unidade básica.

3.3 Agente elo da equipe: indivíduo, famílias e comunidade

A figura do Agente como "elo" foi destacado em todas as entrevistas. Responsável pelo contato de dupla mão equipe-população adscrita, ele também era visto como elemento importante para garantir o vínculo e a humanização almejados pelo Programa.

No entanto, a posição de elo entre a unidade de saúde e a comunidade colocava um desafio para a identidade do Agente, tensionado, de um lado, para os interesses da instituição e, de outro lado, para a comunidade. Na opinião de alguns entrevistados, o Agente, na maioria das vezes, pendia para a instituição.

Alguns agentes, pelo que se depreende das observações e das entrevistas dos sujeitos, conseguiam fazer o papel de articulador, comunidade - residência - unidade de saúde; mas isso variava, conforme os entrevistados, de acordo com o perfil do Agente Comunitário de Saúde e com a condução da equipe.

"*É elo com a comunidade, o acesso, a ponte com o posto, médico e enfermeira"* (médico).

"... cria vínculo entre usuário e a UBS. Leva para a equipe os problemas da comunidade" (auxiliar de enfermagem).

"É o passaporte pra comunidade. Sem os ACS, retornaria o modelo tradicional" (médico).

3.4 O agente tradutor do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde para a população e da história e vida da comunidade para a equipe

> *"A principal função do ACS é traduzir a realidade da comunidade onde ele vive, onde ele mora para que a equipe de saúde possa chegar a vivenciar essa comunidade."*

> *"... é a linha de frente. É o interlocutor da equipe com a comunidade. É o "ouvidor" da população. Conseguem obter informações que a população não passa para os outros membros da equipe, por vergonha"* (auxiliar de enfermagem).

3.5 Agente controlador dos indivíduos, das famílias e da equipe

O acompanhamento da população cadastrada e a visita domiciliar do Agente se somavam como estratégias de controle da continuidade do tratamento.

Na estratégia adotada de controle de grupos de risco, o Agente de Saúde era instrumento privilegiado, conferindo, na casa do indivíduo, o seguimento dos cuidados, a dieta, a atividade física, o uso de medicação e o comparecimento aos atendimentos. Essa vigilância, de tipo disciplinar, possibilitava uma reorganização do trabalho assistencial.

O Agente também controlava a adequação e a eficácia do trabalho da equipe, a partir dos comentários das famílias e dos indivíduos.

> *"Algumas discussões esbarram na ética. Temos maior controle da população por intermédio dele"* (médico).

Transcrevem-se, a seguir, mais detalhadamente, as opiniões dos demais integrantes das equipes acerca de diferentes aspectos relacionados com o Agente Comunitário de Saúde e com o seu trabalho, mediante a apresentação das perguntas seguidas das respostas que se considerou refletirem melhor a caracterização efetivada.

3.6 O que o Agente representa para o PSF?

Os Auxiliares de Enfermagem:

> *"É o centro da equipe. Trazem toda a demanda para a UBS."*

> *"Procuram resolver todos os problemas da comunidade."*

> *"O conhecimento do dia a dia da comunidade."*

> *"O vínculo, o elo do atendimento e a população."*

Os Médicos:

> *"É o passaporte para a comunidade. Sem os ACS, retornaria o modelo tradicional."*

> *"O elo com a comunidade, acesso, a ponte com o posto, médico e enfermeira."*

Os Dentistas*:*

> *"Faz o contato, o caminho, as descobertas. Apresenta a equipe e transmite segurança à comunidade. Quando a comunidade confia no ACS, o caminho está aberto para a equipe. Sem o ACS, não tem PSF."*

Os Enfermeiros:

> *"É o marco, a parte principal do PSF, o elo entre família e UBS. O PSF não existe sem ele."*

> *"Como eles mesmos colocam: "o acesso das pessoas ao serviço de saúde... a ponte."*

> *"Têm o papel mais importante. O vínculo entre comunidade e equipe."*

Os Gerentes:

> *"Elo da comunidade com a instituição."*

> *"Instrumento e voz da comunidade."*

"A interligação entre população e equipe"

3.7 E para a equipe de saúde da família, o que o Agente representa?

Para os Auxiliares de Enfermagem:

"É o centro da equipe."

"Tudo. Trazem informações para a equipe; é a linha de frente. É o interlocutor da equipe com a comunidade. É o 'ouvidor' da população. Conseguem obter informações que a população não passa para os outros membros da equipe, por vergonha."

"O vínculo, elo. Conhece e leva para a equipe os problemas da população."

Para os Médicos:

"*A gente tem consciência de que ele é um leigo, mas com a interação, durante os anos, começa a ter uma visão boa* (da área médica)*. Funciona como elo entre equipe e comunidade."*

"Temos maior controle da população por intermédio dele; algumas discussões, entretanto, esbarram na ética."

"É peça fundamental. Poderia ampliar a função dele, por exemplo, para orientações a pacientes com Alzheimer e sobre prescrição médica, para orientação aos cuidadores."

Para os Dentistas:

"Mais do que os próprios ACS creem ser. Têm um valor incrível, fundamental."

Para os Enfermeiros:

"O vínculo entre comunidade e equipe."

Para os Gerentes:

"São os braços, pernas e olhos da equipe. É impossível realizar qualquer ação, planejamento ou intervenção sem consultá-los."

"A interligação entre população e equipe."

3.8 O que faz o Agente Comunitário de Saúde?

Para os Auxiliares de Enfermagem:

"*Sabe de todos os problemas. Traz informações da microárea para a enfermeira e para o auxiliar de enfermagem."*

"*VD, palestras, conversas sobre diabetes, hipertensão e saúde pública. Explica sobre o PSF."*

"*Ouve queixas e reclamações da população; leva os outros membros da equipe para as VD. Ele pode atuar na melhoria da área, pois tem mais acesso à população."*

"*Cria vínculo entre usuário e a UBS. Leva para a equipe os problemas da comunidade."*

Para os Médicos:

"Traz o paciente pra dentro do meu consultório."

"Função complexa. Deveria ser representante da população e foi transformado em burocrata. Cumpre atribuições que não são dele. Eles têm limitação intelectual. Fazem VD, preenchem fichas."

"*Têm bom nível de instrução e estão interessados em seus cadastrados. Não encaram ser ACS como profissão: têm carinho pelos cadastrados."*

Para os Dentistas:

"Só não faz chover."

"Fica sobrecarregado por ações que partem de outros membros da equipe e pela falta de recursos humanos."

Para os Enfermeiros:

"É treinado. Cadastra as famílias. Leva para a UBS os casos que julga complexos, para serem avaliados pela equipe."

"Faz articulações com os moradores do território visando mudanças e desenvolvimento do território. Levanta prontuários, entrega convocações aos pacientes, VD. Aproxima-se das famílias e mantém vínculo. Embora não seja função dos ACS, fazem serviço de office-boy."

Para os Gerentes:

"Levam informações das famílias para a equipe e da equipe ao território. Sabem onde a equipe pode atuar na comunidade."

"São atuantes. Trazem os problemas da comunidade e pacientes e tentam resolvê-los conjuntamente. Dão orientações para os pacientes. São líderes da comunidade. São referência nas equipes. Coordenação de grupo de terapia comunitária com até 50 pessoas."

"Fazem VD diariamente, em cumprimento ao Documento Norteador, e trazem demandas para a equipe. Fazem VD para devolução do encaminhamento do caso e coordenação de grupos."

"Realizam diagnóstico de necessidades da área, desenvolvimento de grupos e palestras."

3.9 O Agente consegue cumprir sua função?

Auxiliares de Enfermagem:

"Sim, caso queira. Percebe porque acompanha as VD e relatório do SIAB."

"Nem sempre conseguem visitar todas as famílias, porque têm outros trabalhos, cursos..."

"Ele conhece as famílias, faz cadastro, ganha a confiança das famílias. Mas falta dar continuidade, ter sensibilidade. Passou a ser um trabalho mecânico, se a população não passa a dificuldade pro ACS, ele também não capta."

"Caso queira e se esforce, sim. Entretanto, o número crescente de famílias dificulta o trabalho."

Médicos:

"Não, pois estão sobrecarregados e falta raciocínio lógico. Não conseguem cumprir as VD."

"Dentro de suas limitações. Não fazem mais por falta de treinamento."

"A maioria sim. São empenhados."

Dentistas:

"Parcialmente. Não conseguem dar conta das VD com qualidade, pois são muitas famílias e muitas funções burocráticas. Muito tempo preenchendo o SIAB."

"Acaba cumprindo outras funções e deixando de atuar como ACS. As áreas são extensas e o número de famílias crescente. Inexiste correlação entre necessidades da população e o número de famílias por ACS de acordo com suas necessidades."

Enfermeiros:

"Às vezes não tem perfil, mas se consegue comunicar-se com a comunidade e equipe, passa a ser um bom ACS."

"Pouco. Percebe-se que se sentem frustrados quanto a isso. Há desvio de função. Atividades burocráticas. Falta tempo para ouvir os

cadastrados. As metas interferem negativamente no trabalho. Excesso de atribuições."

"Está limitado, devido à falta de tempo, espaço e à excessiva cobrança por parte dos usuários."

Gerentes:

"*Depende do treinamento e capacitação que recebeu, o que é variável. Alguns creem que sua função é realizar VD para preencher papéis."*

"Em termos, devido ao aumento de atribuições conferido aos ACS."

"Sim. São bons ACS e têm visão para o trabalho."

"Não, devido ao medo de envolvimento excessivo com a comunidade."

3.10 Como se articula o trabalho do Agente com o restante da equipe?

Auxiliares de Enfermagem:

"*Trazem informações. A equipe ajuda na tomada de decisão em situação difícil."*

"Em caso de problema, comunica à equipe, imediatamente. Comunicam também os outros profissionais da UBS mista, como fonoaudiólogo, psicólogo e psiquiatra."

"O ACS leva os problemas da área nas reuniões diárias de equipe, onde são discutidos para chegar a soluções e amenizar os problemas."

Médicos:

"Boa interação. Têm noção do lugar deles na equipe. Sabem o que cabe a cada profissional. Ensinamos para eles sobre a área médica e da saúde e eles têm melhor visão social por morarem na comunidade."

"Através de reuniões e planejamento em equipe. Reuniões semanais, planejamento de VD conjunta e do papel de cada um."

Dentistas:

"É o contato das famílias com os profissionais da equipe. Traz questões que os cadastrados têm vergonha de falar aos outros profissionais; a equipe tenta resolver essas questões. O ACS traz informações."

Enfermeiros:

"Há reuniões de equipe diárias ou semanais, para articulação do trabalho do ACS. Na reunião, são passadas informações e retiradas dúvidas sobre consultas, cadastrados, famílias e trabalho do ACS."

"Tudo é discutido em reunião. Pensam coletivamente, levando em consideração as opiniões individuais."

"*Os casos complexos são discutidos em reuniões de equipe, nas quais os ACS têm muito a abordar."*

Gerentes:

"Nas reuniões de equipe semanais, para avaliação do desenvolvimento do trabalho e modificações no que estava pré-estabelecido. É também espaço para resolução de desavenças."

"Muito boa. Capacidade de mobilização reconhecida por outras UBS. Participam de Sindicato e do Conselho Gestor da Coordenadoria."

"*Pautada no diálogo cotidiano, em qualquer momento, trazem informações importantes antes que as consultas sejam realizadas."*

"Durante as reuniões de equipe, ao trazerem as demandas."

3.11 Como se dá a articulação do trabalho do Agente Comunitário com o de cada um dos demais membros

Os Auxiliares de Enfermagem:

"Acompanham as nossas VD, avisam os cadastrados em caso de VD do Auxiliar."

"Fazem VD em conjunto conosco para explicar o PSF, conseguir aproximar as famílias da equipe."

Os Médicos:

"Hierarquizado. Pouca interação direta com o médico. Geralmente a informação é passada para o Auxiliar, depois para a enfermeira e só após chega ao médico."

"O médico tem que chegar ao ACS; dificilmente o ACS chega ao médico. Boa identificação. Os ACS informam sobre família, paciente, como pré-consulta. Conseguem descobrir os segredos que pacientes não contam aos médicos."

Os Dentistas:

"Há dia na semana reservado para VD de dentista com ACS. Na reunião de equipe há discussão conjunta. Há momentos de informalidade, os ACS têm liberdade para procurar os outros profissionais a qualquer momento, para realização de VD e discussão. Só vou ao território acompanhado pelo ACS, por questão de reconhecimento."

Enfermeiros:

"O ACS leva informações sobre as famílias que são importantes para a enfermeira."

"Durante as VD, o ACS tem visão sobre a comunidade e a enfermeira, visão sobre a saúde. As visões são agrupadas para chegarem à intervenção. Eles passam informações que os cadastrados não revelam, seguindo a ética."

Gerentes:

"Os ACS têm liberdade de entrar em contato com a gerente e a equipe para discutir casos e buscar articulações intersetoriais."

"Os ACS têm acesso direto à gerente para discussão e a gerente também solicita atividades aos ACS."

3.12 Os Agentes gostam de ser Agentes Comunitários de Saúde?

Para os Auxiliares de Enfermagem

"Sim, têm que gostar, porque não é fácil. Pouca remuneração, bastante trabalho, mochila pesada, andam muito."

"Nem todos. Reclamam muito. São muito cobrados pela população. A população procura durante o final de semana."

"Aprenderam a gostar."

"Sim, mas se sente pequeno frente à grande população que atende. Vive em conflito. Pode se sentir limitado dentro da equipe. Falta reconhecimento e esclarecimento."

Para os médicos:

"Ninguém sonha ser ACS. É uma opção de trabalho. Vira algo importante, mas tem muito ACS por falta de opção."

"Sim. A comunidade respeita-os."

Para os Dentistas:

"Alguns sim, outros acham que falta reconhecimento."

Para os Enfermeiros:

"Sim, no caso dos que gostam de trabalhar com a comunidade."

"Gostam, embora se encontrem num momento de intenso desgaste. As condições de trabalho não têm sido boas."

"Sim, mas o trabalho abre novos horizontes para eles, que almejam deixar de ser ACS para serem profissionais de nível superior ou técnico."

Para os Gerentes:

"Alguns gostam, outros apenas trabalham."

"A maioria (os mais antigos) é apaixonada pela profissão, tem perfil."

"Alguns sim, os que não gostam permanecem por pouco tempo."

"Sim. Durante as reuniões, percebe-se que estão contentes com os resultados do trabalho."

3.13 O que você mudaria no trabalho dos Agentes?

Auxiliares de Enfermagem:

"Deveria atuar mais na melhoria da área e das moradias."

"Nada. Acho que está bom, pois estão sempre disponíveis quando as visitas estão agendadas."

"Tiraria a obrigatoriedade de morar na rua em que trabalha."

"Proporia mudanças no olhar do ACS, que ele incentivasse a população a montar cooperativas e associações, para buscar melhorias."

"Mais capacitação e conhecimento sobre a função para aumentar a segurança."

Médicos:

"Daria treinamento voltado para a área médica. Precisam de mais treinamento para diferenciar o que é, ou não, problema de saúde."

"Diminuiria a burocracia. Treinamento para atuação na comunidade, para organizarem-se."

"Inserção de curso de cuidadores, de orientadores, sem entrar no mérito científico, para que eles pudessem cuidar da comunidade."

"Poderia ampliar a função dele, por exemplo, para orientações a pacientes com Alzheimer e sobre prescrição médica, para orientação aos cuidadores."

Dentista:

"Diminuiria o número de famílias sob responsabilidade do ACS, para melhorar a qualidade da VD, do SIAB, para ter tempo de capacitar, para ter tempo de eles entenderem os dados que inserem no SIAB."

Enfermeiros:

"Definição de metas em reunião de equipe, a partir do diagnóstico do território e das prioridades locais."

"Maior tempo de capacitação para questões técnicas e éticas. Aumentaria os trabalhos comunitários."

Para os Gerentes, foram acrescidas algumas questões, entre as quais:

3.14 A população está satisfeita com o trabalho do Agente?

"Em geral, sim, embora entendam o papel do ACS de forma distorcida, como 'pombo-correio'."

"Sim. No início, era difícil receberem os ACS para as VD. Hoje, cobram pela realização dessas com maior frequência."

"Sim, entretanto, percebe-se que as famílias de maior poder aquisitivo recusam-no."

3.15 Como você vê os Agentes Comunitários de Saúde em São Paulo, capital?

"Como problema e como solução. Há diferença no comprometimento dos ACS. Para alguns, há necessidade de verificar se estão realizando as VD, realmente, enquanto outros configuram a parte mais importante das equipes."

"Como pessoas da população que não têm conhecimento do que é ser ACS, até serem contratados."

"A profissão funciona como um 'trampolim' para profissionalização na área da saúde."

"Por ser da população, tem as mesmas necessidades e visão dos usuários. Ao desenvolverem o trabalho, passam a ter visão institucional e querem galgar outras oportunidades profissionais."

"Idealista, quer melhorar as condições de vida da população e trabalha para melhorar a própria condição de vida."

"Não têm histórico de liderança comunitária. O perfil foi modificado, devido à seleção."

4. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UMA IDENTIDADE EM CONSTRUÇÃO

4.1 Os Agentes pelos Agentes: os posicionamentos, as expectativas

No sentido da apreensão mais abrangente do processo de construção da identidade do Agente Comunitário de Saúde da cidade de São Paulo, foram selecionados outros depoimentos, agora relacionados com outras dimensões do "ser agente": como se sentiam no trabalho, os fatores de satisfação e os de insatisfação no trabalho, e as sugestões em relação ao Programa.

4.1.1 Sobre o horário de trabalho

Embora nenhum dos agentes entrevistados aprovasse muito a procura, pelos usuários, dos serviços deles fora do horário, as reações a essa prática da população variaram de um agente para outro e, muitas vezes, dentro da mesma equipe.

"Na prática é muito mais que 40 horas... De repente, quando você vai para casa, tem aquela pessoa que esqueceu a receita. Ou que eu tenho que ir lá... Ontem mesmo, eu fui para casa, adiantei a janta, e fui na casa do paciente para ensinar como tomar o remédio, tudo. Eu saí da casa dele quase às 8h00 da noite. E isso a gente faz por amor ao trabalho, para ajudar mesmo a pessoa, não é? Porque assim, se eu não ajudar, aí ele vai tomar errado, o remédio não vai surtir efeito. Então, esse trabalho a gente tem... Isso acontece muitas vezes. Nossa, e como!"

"E é assim, a gente impõe limite pra eles, né? Então, é que é assim, como a gente mora na área, na nossa microárea, como eu sou vizinha, eles me conhecem, então eles pensam que eu sou agente comunitária todos os dias, todo horário. Não é assim. Então eles tiram um pouco da nossa privacidade, até mesmo não fora do horário, mas fora do dia, de sábado, de domin-

go. Mesmo quando a gente está de folga, que a gente está sem o uniforme, eles não percebem isso, eles querem parar a gente. É complicado, mas... Porque, que nem eu falei pra você, a gente impõe os limites. Eu imponho limite; alguns não gostam, mas eles me respeitam muito. Antes, no começo era muita a falta de privacidade. Hoje em dia, até por isso, eu sou bem mais sossegada. Tanto que nas visitas quando eu faço, quando é uma pessoa nova, depois de uma segunda visita eu converso, eu falo: 'Olha, depois do meu horário... O meu horário é das 8h00 até as 17h00. Depois desse horário eu não atendo mais'. Então eles me respeitam muito hoje. Antes não me respeitavam. Mas eu impus limite e eles me respeitaram. Então, por exemplo, alguém me para na rua às 18h00, por exemplo eu indo pra escola. Eu falo: 'Olha, agora não é o meu horário, eu posso te atender num outro dia. Você pode me procurar no posto das 8h00 às 9h00 que eu estou lá pra te atender, ou então você aguarda a sua visita, que a sua visita é uma vez por mês'. Eles não gostam muito, lógico, eles se sentem até um pouco ofendidos, mas eles respeitam. No começo eles ficam meio receosos assim, xingam um pouco, mas depois, agora eu estou muito sossegada. Mas sempre tem um que vai, né? Mas a gente conversa. Eles têm que também respeitar o nosso horário, porque senão a gente não para de trabalhar."

"Ah! Com certeza! Procura 'de noite', você fazendo a janta, procura você indo pra igreja, no caminho, na estrada, procura de manhã cedo, você está tomando banho, eles vão lá, fala: 'Ah, posso falar com você?'. Antes de você estar atuando com seu aventalzinho, eles procuram bastante. 'Ah, meu resultado de exame já chegou, preciso marcar o retorno', 'Ah, eu perdi minha guia de encaminhamento. Você pode pedir outra pro médico?'. Esse tipo de coisa. Depende da família, eu acho ruim. Porque tem uns que não se 'manca'. Mas tem uns que eu mesma autorizo, falo: 'Pode ir lá me chamar'. Porque a gente sabe que trabalha o dia inteiro, que sai cedo, chega à noite, a gente não vê, a gente vai passar a visita e não encontra ele, e a gente vê que é uma pessoa esforçada, trabalhadeira. Então, eu mesma, particularmente, autorizo. Pode me chamar. Agora, tem uns que não faz nada da vida e vai lá, fora de horário de serviço, chamar a gente pra qualquer coisa."

"Ah, muito, muito. Mercado, rua, final de semana, férias... Assim, a gente procura [...] Eu 'mesmo' sou uma pessoa que eu... Sou muito direta assim, sabe? As pessoas vêm e eu já faço aquela cara assim: 'Ai, fala... ', para aí eles não acostumar porque a gente não pode deixar, que a gente mora no bairro, mora na rua... Se você deixar, o seu portão vira festa, você não pode deixar, você tem que educar eles para eles saber que naquele dia que você está em casa, eles não podem ir lá. Essa semana teve uma senhora – nós fomos até na casa dela ontem, a Dona ... Foi daquela bebezinha que eu peguei no colo ontem. Ela ligou na minha casa na sexta-feira passada num dia de folga. Tocou o telefone eu atendi, aí ela: 'Ai ... (o nome da agente)*, é que eu fui no posto agora e me informaram que você tava de folga, mas eu precisava de um laudo. O que eu faço?'. Eu falei para ela: 'Segunda-feira eu resolvo o seu problema porque hoje eu estou de folga'. Eu não dou prioridade para eles no meu dia de folga, eles têm prioridade comigo das 8h00 às 5h00, de segunda a sexta, e no dia que eu não estou de folga. Passou das 5h00 eu até escuto o que eles têm para me falar porque às vezes pode ser alguma coisa importante e eu não posso ser ignorante com eles; até mesmo porque, no dia seguinte, eu vou visitar eles. Mas eu procuro dar uma direção para eles e demonstro que aquele dia e aquele horário não é o horário certo."*

4.1.2 Sobre a satisfação no trabalho

A grande maioria dos agentes entrevistados estava satisfeita com o trabalho que desenvolvia e apresentava diferentes motivos para justificar essa afirmação. Entretanto, mesmo com essa satisfação, todos batalhavam: alguns, por um trabalho mais abrangente que envolvia o componente social da saúde, a qualidade de vida; outros, para dispor de uma profissão reconhecida, por melhoria das condições de trabalho, por aquisição de mais conhecimentos ou, ainda, por valorização profissional e pessoal, inclusive financeira.

"Bom, eu estou satisfeita trabalhando como agente, mas no social mesmo... é fraco. Que nem, tem a associação, tem o adolescente, tem a... Assim, eu gostaria de desenvolver mais na parte do social... dentro daquilo que eu já faço. Mas tinha que ter mais tempo hábil para isso."

"Me dá satisfação visitar as famílias carentes, por exemplo, uma senhorinha idosa que está lá sozinha, que ninguém liga, ninguém dá bola... Ir lá, ficar conversando com ela... E ela falar: 'Ai, filha! Até que enfim você veio aqui! Que bom que você veio conversar comigo, eu estava precisando disso!'. Aí, ela fica toda esperançosa que a gente foi lá, ouviu... Então, isso é uma das coisas que me traz bastante satisfação. Fora conseguir fazer com que todo mundo passe no médico, que a área fique coberta. Bastante coisas que... A gente ensina alguma coisa. Até... Desde lavar a salada direitinho até limpar a casa, por exemplo. E chega no mês seguinte, viu que elas fizeram direitinho, limparam, viu que elas não faltaram na consulta. Então, isso traz satisfação. Ver que elas deram ouvido para mim."

"Eu me sinto bem, porque eu gosto do que faço, né? Tento fazer assim, o melhor, tento me organizar, tento fazer o melhor que eu posso. Não sei se daqui a um ano, dois, três, quatro anos, eu vou ser agente comunitária ainda. Mas se eu um dia mudar não vai ser porque eu não gosto, vai ser por opção de alguma coisa melhor. Que nem assim, que... me evolua mais, né? Que eu venha evoluir como profissional."

"Eu gosto de ser agente comunitário. Olha, eu fiz o curso de auxiliar de enfermagem até mesmo pra conseguir uma melhora de vida porque a gente nunca deve estacionar, eu quero ser auxiliar de enfermagem, eu corri atrás pra isso. Eu batalho muito para conseguir ser auxiliar de enfermagem, mas eu não nego a minha profissão, qualquer lugar que eu vou eu tenho orgulho de ser agente comunitária de saúde. Se falasse para mim assim: 'O que você acha da sua profissão?', eu acho maravilhoso, tudo o que eu faço, eu faço com carinho, eu gosto do que eu faço. A população, pra mim, não tem ruindade, sabe assim? Me recebe bem... Então eu gosto de ser agente comunitária de saúde. Eu pretendo melhorar a minha profissão, eu pretendo crescer na minha profissão porque eu não posso me estacionar no Agente Comunitário de Saúde e ter uma expansão aí pra gente evoluir. Mas não que eu renegue o meu cargo, eu sou agente comunitária de saúde e eu tenho orgulho disso. Mas eu vou correr atrás independente se for para o PSF, para um hospital, eu estou correndo atrás."

4.1.3 Sobre os motivos de satisfação

"É gratificante. Que nem eu te dei o exemplo da mulher grávida que a gente acompanha. A gente acompanha o crescimento todo de uma criança, a gente acompanha a evolução até de um alcoólatra que hoje não bebe mais, o que? Graças à sua equipe que pegou e foi pra cima e..."

"Ah, eu sinto muito bem quando a gente está cuidando de uma família, que eles se 'torna' vitoriosos. Isso, para mim, nossa, é gratificante! Não tem dinheiro que pague! É gratificante mesmo!"

"Falar com a população, subir aqui (na UBS) *e levar a solução. Dar uma resposta a eles."*

"*O que é que eu fico mais feliz é ver que um paciente meu que tava com um problema, ele resolveu o problema, que tá bem... Sabe, quando você leva um problema pra equipe, que você vem, leva aquele problema, o problema foi resolvido, você conseguiu trazer aquela notícia boa pra pessoa? 'Não, o seu problema tá assim, foi resolvido'. A pessoa está ali: 'Nossa, graças a Deus!'. Porque eles fazem isso. 'Ai, se não fosse você, fulano, se não fosse isso!'. Vai lá, agradece... Isso é muito gratificante pra gente. A satisfação da comunidade, assim da pessoa mesmo."*

4.1.4 Sobre os motivos de insatisfação

"É que..., às vezes, o médico... Chega um médico, vai embora e vem outro."

"É quando você busca um incentivo, tanto para as famílias como... Você encontra uma barreira, aí desnorteia a cabeça da gente; aí deixa chateado. Porque você..."

"*Às vezes o não reconhecimento de algumas pessoas, no geral. Não tem como eu dizer... Ah, às vezes pode ser de algum médico, da po-*

pulação. Sempre tem um que não está satisfeito, entendeu? E eu fico muito triste. Mas é muito minoria, minoria."

"É quando um paciente fala pra mim da especialidade e eu não posso fazer nada por ele porque foge de mim."

"*Ah, tem. Quando eu vejo que eu não consigo... Você se debate com um problema e você não consegue solucionar. Se eu tivesse uma varinha mágica eu ia nas casas e falava assim: 'Plim, Plim. Pronto, está ótimo, resolvi!'. Mas nem tudo a gente pode, a gente sempre esbarra em alguma coisa, sabe? Eu vou lá, converso, vem aqui e não resolve. Aí eu venho aqui, vou, procuro e não consegue resolver também aqui. Aí vai no Pronto Socorro, manda de volta para o posto de saúde, só que ele sabe lá no Pronto Socorro que o posto de saúde não vai ter. Aí é onde eu fico com raiva, sabe?"*

"O que traz insatisfação é quando alguém que a gente conseguiu, apesar de tudo... Depois de tantas coisas, conseguir que aquela pessoa passasse no médico. Depois demora pra ter o resultado, tipo resultado de exame, assim. Demora meses ou anos, até, pra que tenha o tal resultado. Para fazer o determinado exame e a pessoa demora infelizmente. É pobre, é carente, tem que esperar. Aí, então, ele... Traz insatisfação porque eles também ficam tristes, chateados... Mas, infelizmente, tem que esperar. Aí, eles vêm e falam: 'Ai, estou esperando não sei quanto tempo, até hoje não me chamaram'. Pra poder fazer um exame para poder retornar com a médica, para a médica ver o exame. Aí, traz bastante insatisfação."

"*Eu acho que uma das coisas que me traz um pouquinho de insatisfação é justamente aquilo – eu volto um pouquinho atrás – do aprendizado. De a gente ter mais chance de aprender mais alguma coisa, de ter mais curso, de ter mais recursos de treinamento, de aprendizado mesmo, pra gente, de estar trazendo mais um pouquinho de bagagem. Nunca é demais. E uma coisa também que eu acho que às vezes falta um pouquinho, que a gente tem que tá fazendo, é um reaproveitamento, é material mesmo de trabalho, sabe? Que às vezes falta, a gente fica sempre fazendo rascunhozinho, reaproveitando. Eu sei que não tem muita verba pra isso, assim, que eles têm uma verba X, né?"*

4.1.5 As sugestões em relação ao Programa

"*Sobre os médicos... para não ter tanta falta... Eu acho que tentar pegar não só os médicos porque, se a gente contrata um médico novo, eles têm uma vida pela frente. Então, eles acabaram de se formar, esses vão querer fazer uma especialização. E se eles virem pra UBS, eles vão ficar pouco tempo, porque eles vão querer fazer a especialização deles. Então, eu acho que assim: acho que eles teriam que contratar, realmente pessoas, para o PSF, mesmo. Procurar contratar médico realmente, que esteja querendo trabalhar nessa área, eu acho que é o que falta."*

"Que a gente fosse da Prefeitura... Se fosse da Prefeitura, né? Que a gente merece, a gente está correndo atrás. Acho que as outras ONGs, né? Porque é assim, primeira coisa: Agente Comunitário de Saúde não é profissão. Então se a gente for mandado embora a gente não tem currículo pra colocar..."-Ah, eu já fui agente comunitária de saúde.", entendeu?"

"É, seria assim, no caso, de melhorar mesmo, assim, um médico, para não ficar... Assim, têm vários... os médicos da equipe. Mas com uma carga horária, tem um dia que fica sem a cobertura – dá a cobertura, mas não é aquela cobertura como deveria ser. Assim como tem o ambulatório ampliado, devia ter uma equipe ampliada com mais, também... com médico de reserva para... Não tipo uma triagem – que o enfermeiro pode estar fazendo isso, tudo. Ah, e também a parte da ampliação aqui da Unidade e o quadro de 'funcionário', e o pagamento também. Porque a gente sofre bastante, não é? Muitas vezes fica sem roupa, e tem família... A gente rala bastante. Eu, na parte de poder aquisitivo... Eu acho assim, quanto mais o funcionário está bem, mais ele pode ajudar melhor também."

"Ah, pra melhorar? Eu colocaria dentista, dentista é uma coisa que poderia ter nas equipes de PSF. Colocaria um psiquiatra dentro do posto pra atender a população tanto do PSF como do posto."

"Agora, eu acho que tinha que ter uma capacitação pra saber o que é PSF, o que é o trabalho do agente comunitário, para as pessoas que não fazem parte do PSF. Porque aqui é uma unidade mista. Então, acho que aí sim, tinha que ter uma capacitação para eles."

"Colocaria uma supervisão para os agentes comunitários, até mesmo pra ajudar. Ajudar assim, no caso... [...] Não enfermeiro, não médico porque eles também não 'sabe' o que é um agente comunitário, eles não... Assim, vamos supor, tem um agente comunitário que tem uma experiência de agente comunitário, esse agente comunitário serviria para orientar e até mesmo para fiscalizar: 'Olha, você não fez isso, mas por quê? Você tá com alguma dificuldade? Você não tá conseguindo fazer?'. Então uma supervisão para o Agente Comunitário em si, sem ser enfermeira e sem ser médico."

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta última seção se procede, por um lado, a uma síntese que reapresenta alguns pontos considerados relevantes para a caracterização do perfil do Agente Comunitário de Saúde que atuava no Programa de Saúde da Família da cidade de São Paulo, para apreensão da trajetória, no processo de construção de uma identidade profissional, ao mesmo tempo em que se viabilizava a organização da Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo.

Por outro lado, considerou-se importante a apresentação de alguns aspectos do contexto em que se implantou a estratégia e de alguns desafios que emergiram, no sentido de contribuir para a viabilização de uma política pública que vise ao acesso à saúde e à cidadania da população das regiões cobertas pela estratégia, em relação tanto ao principal sujeito referido de sua realização quanto à própria realização do PSF como estratégia de reorganização da Atenção Básica na cidade.

Por fim, apontam-se possíveis e necessários desdobramentos e linhas de continuidade dos estudos para a produção de conhecimento que apoie a gestão municipal na Atenção Básica à Saúde e, por consequência, a consolidação do Sistema Único de Saúde nesse complexo contexto da maior metrópole brasileira.

Cabe novamente referir que o estudo foi desenvolvido na região Norte da cidade de São Paulo, em quatro Unidades Básicas de Saúde sorteadas entre aquelas nas quais estava implantado o PSF. O sorteio das unidades deu-se de forma a garantir a participação da totalidade das instituições parceiras da Secretaria Municipal de Saúde na gestão do Programa na região. No total, foram consideradas quatro instituições parceiras e, assim, quatro Unidades Básicas de Saúde foram consideradas. Em cada uma dessas unidades, foi sorteada uma equipe de Saúde da Família, em relação à qual se procedeu à coleta de dados empíricos. Também em cada uma dessas equipes, foram sorteados dois Agentes Comunitários de Saúde, os quais foram entrevistados, e em relação aos quais foi desenvolvida a observação do trabalho. Foram também entrevistados os demais integrantes das equipes sorteadas e os gerentes das respectivas unidades básicas.

O Agente Comunitário de Saúde do PSF da região Norte da cidade de São Paulo

Para caracterizar o Agente Comunitário de Saúde da cidade de São Paulo, para apreensão e discussão dos elementos presentes na construção de sua identidade profissional, lançou-se mão de depoimentos, tanto dos próprios sujeitos / agentes quanto dos demais sujeitos que com ele conviviam no dia a dia, na concepção e na realização do trabalho do PSF, de informações advindas da observação da prática dos agentes, e da equipe de Saúde da Família, em especial, nessa última abordagem, priorizando a interação entre os membros integrantes, abordagens privilegiadas para apreensão de dimensões e aspectos que conformam o perfil do Agente Comunitário de Saúde e a construção de sua identidade profissional, enquanto inserido em contextos e condições de trabalho específicos, procurando apresentar elementos para a discussão e o entendimento de **"o que mudou?"**.

Assim, no cumprimento dos objetivos colocados para a pesquisa, optou-se por destacar alguns elementos que possibilitassem uma visão geral sobre esses

sujeitos, sobre o contexto, as ações que desenvolvem – que ações, como são planejadas, onde, com quem e para quem são desenvolvidas, e as concepções e expectativas que tinham sobre o Programa no qual se inserem, sobre o seu trabalho, sobre a equipe e sobre o **"ser agente"**, as concepções e opiniões dos demais membros da equipe sobre ele, a dinâmica do trabalho em equipe e as relações / interações do Agente com os demais membros da equipe. Essas abordagens assumem grande importância na definição do seu perfil e da sua identidade profissional, sem prejuízo de que outras leituras do material empírico disponível sejam efetivadas.

Como já se colocou anteriormente, a atuação e a identidade do Agente Comunitário de Saúde da cidade de São Paulo está conformada por uma série de elementos. Evidenciaram-se como muito importantes nos depoimentos: as concepções que tinham sobre o seu trabalho, a sua relação e a das suas funções com as dos demais membros da equipe; os saberes que orientavam o seu desempenho; as formas de concepção e de supervisão do seu trabalho. Em síntese, a identidade do Agente em São Paulo estava sendo construída a partir de suas referências, em situações concretas, na organização do trabalho e na relação com a população e com os demais membros da equipe de saúde.

Os dados e as informações apresentados nas seções anteriores evidenciaram características próprias no perfil e no trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde, seja entre as diferentes equipes observadas, seja na mesma equipe. Essas evidências apontam para a emergência de um perfil profissional ou ocupacional do Agente Comunitário de Saúde bastante específico e, por consequência, de um Programa de Saúde da Família, com muitas especificidades, na cidade de São Paulo.

Assim, ainda que se identifiquem aspectos comuns, cada contexto introduziu, certamente, diferenças importantes no acontecer do PSF, no funcionamento da equipe, no perfil do Agente Comunitário de Saúde, nas suas concepções e expectativas.

Assim, no plano interno ao Programa, pode-se caminhar para concluir pela existência de diferenças importantes no acontecer do PSF, em cada região da cidade, em cada Unidade Básica de Saúde, em cada equipe de Saúde da Família. Ainda que o trabalho de cada equipe e que cada PSF, em cada uma das regiões da cidade, tivessem como base um planejamento voltado para as características da população, suas necessidades, a demanda, o que já impunha especificidades, considerou-se que o conceber e o acontecer do PSF localmente variava segundo as concepções e o desempenho dos membros diretamente participantes, ou seja, da gerência da Unidade Básica de Saúde e, em especial, dos integrantes da equipe de Saúde da Família, da concepção que tinha em relação ao trabalho, da relação entre eles, da coordenação dos trabalhos e, ainda, das características e do perfil do Agente Comunitário de Saúde.

Ainda se pôde verificar que, entre os membros da equipe mais ouvidos pelos demais integrantes e referidos, nesse momento da pesquisa, como orientadores do sentido do trabalho, estão o médico e o enfermeiro. Considerando a rotatividade desses profissionais, em especial dos médicos, surgiu uma questão muito importante, pois os demais membros, auxiliar e, em especial, o agente, como ponta de lança do Programa, se sentiam meio "órfãos".

Em relação a algumas especificidades das unidades sorteadas, como o número de equipes na UBS, três delas trabalhavam com quatro equipes de Saúde da Família e uma, com apenas uma equipe. Quanto ao modelo de organização do trabalho, em três das quatro unidades estudadas, o PSF foi implantado em unidade básica característica de São Paulo, intitulada, por alguns, clássica ou tradicional: o Centro de Saúde, que desenvolvia, anteriormente, outro modelo de organização do trabalho. Assim, nessas unidades, conviviam os dois modelos, com suas especificidades e, às vezes, divergências, reclamações dos funcionários e dos usuários. Uma única unidade, entre as sorteadas para a pesquisa, desde o início, em 1998, já havia iniciado o funcionamento com o PSF exclusivo, com quatro equipes e um ambulatório de especialidades.

Vale ressaltar a observação de diversidade no funcionamento das equipes observadas, na concepção e na efetivação do trabalho coletivo. Cada equipe era única, tinha suas características, do que se pôde apreender, influenciadas, entre outros aspectos, pela dinâmica da unidade básica, pelos profissionais que a integravam, pela população que atendiam e pela gerência

da unidade e, provavelmente, pela Instituição Parceira da Secretaria Municipal na administração do Programa.

Essa diferença de funcionamento era bastante evidente: entre os profissionais que as integrava, entre os próprios agentes, o envolvimento com as questões, as concepções e expectativas que tinham sobre o Programa e sobre as perspectivas do seu envolvimento atual e futuro e da continuidade do Programa, em São Paulo, e de sua contribuição na organização da Atenção Básica à Saúde da capital.

Essa heterogeneidade também foi observada em relação à concepção que os diferentes integrantes, às vezes da mesma equipe, apresentaram do PSF, do seu papel, do trabalho da equipe e, principalmente, do ACS, como se viu anteriormente.

Encontram-se, assim, diferentes formas de organização da prestação de assistência entre as unidades, entre as equipes, evidenciando, ainda, uma busca de adequação da organização do trabalho, face, inclusive, às diretrizes municipais de organização da Atenção Básica à Saúde na cidade.

Quanto ao Agente Comunitário de Saúde, no plano objetivo do Programa, ele se via como organizador de acesso (cadastrador e orientador do uso de serviços), como conhecedor da população e orientador da equipe na captação de necessidades, na identificação de prioridades e na detecção de casos de risco para intervenção da equipe.

Ainda, segundo os depoimentos, os agentes entendiam que, para a população, sobressaía o seu papel de intermediador da relação do indivíduo, da família com o serviço de saúde, com o mundo exterior, e no contato com a equipe de saúde, especialmente com o médico. Também nas entrevistas, colocaram a importância atribuída pela população ao cuidado: conhecer de forma mais íntima, preocupar-se com o outro, dar apoio, poder contar em momentos de necessidade ou sofrimento. No entanto, pelo que foi observado, as atividades de suporte social e para a promoção da saúde não foram privilegiadas no trabalho do Agente nem receberam destaque nas reuniões de equipe.

Outra faceta do trabalho do Agente era dar suporte aos profissionais da equipe nas suas incursões externas. Uma primeira tarefa era a de conduzi-los até o local necessário, fazer a apresentação, prestar esclarecimentos, mediar a relação; nas residências, entretanto, na presença dos outros profissionais da equipe, o trabalho do Agente de Saúde pareceu restrito ao de "acompanhante", situação observada em todas as visitas, durante o estudo.

A maioria dos agentes entrevistados, quando se referia ao seu trabalho, embora o elogiasse e se sentisse satisfeita em realizá-lo, ressaltava a dimensão mais operativa, e parecia abordá-lo na perspectiva de uma atividade, de um emprego, não se identificando, numa primeira análise, clareza de inserção desse trabalho, como profissão ou mesmo ocupação, no mercado formal. E tanto ele tinha dificuldade em caracterizar isso como trabalho, como profissão, que ele pensava em fazer, no mínimo, o curso de auxiliar de enfermagem, como se viu.

Se, por um lado, entre os agentes, havia consenso de que a rua e as casas eram os espaços próprios de trabalho, por outro, em relação às atividades desenvolvidas no interior da unidade básica – acolhimento, levantamento de prontuários, desenvolvimento –, as quais, como se viu, exigiam mais de 50% da carga horária semanal de trabalho, entre outras atividades internas, não existiu consenso.

O processo de capacitação para o trabalho foi encarado, também, de maneira bem diferente por cada um dos agentes entrevistados. Também diferente, pelos depoimentos, foi o processo de capacitação vivido por cada um dos agentes, por cada uma das equipes. Alguns tiveram oportunidade de participar de um processo mais sistematizado; já outros apenas aprenderam "no serviço". Nesse sentido, alguns agentes valorizaram o "Momento I", outros criticaram essa fase do processo, enquanto outros, ainda, valorizaram o que foi aprendido na prática, acompanhando outro Agente.

Praticamente todos os agentes entrevistados referiram a **orientação** como a função mais importante, desenvolvida tanto na visita quanto na comunidade, na rua, ou mesmo na Unidade Básica de Saúde. Entretanto, na concepção, no conteúdo e na forma de exercer a função, identificam-se importantes diferenças:

"O mais importante é a orientação, mesmo.

A orientação alimentar deles, de educar, da higiene, né? Porque é só dessa forma que a gente consegue que eles mudem. A gente fala conscientização para eles, isso é muito importante. A gente está sempre batendo na mesma tecla com eles. Higiene, porque tem muito rato, as crianças sofrem muito com isso, né? Então é a conscientização que a gente faz."

"É a qualidade de vida. E conhecer também um pouquinho mais o corpo deles. Porque têm pessoas que às vezes falam assim: 'Ah, eu estou comendo isso aqui, mas não vai fazer mal'. E, de repente, muita alimentação é bom, mas, às vezes, atrapalha também. Às vezes, a pessoa não precisa tanto de quantidade, e mais de qualidade. E nas palestras, a gente cuida muito de estar fazendo essa parte. Isso é primordial, porque vai muito do cuidado da pessoa a melhora dele. Não só pelo remédio, mas também o como que ele vive o dia a dia dele. Porque você está tudo bem, na sua casa, está comendo bem, gastou um monte de dinheiro lá na feira. Mas, quando você abre a porta, está aquele esgoto vazando, a céu aberto... Aí você vai respirar... Então, você faz por um lado e fica faltando pro outro. Por isso, os agentes comunitários, eles têm que ter a liberdade para estar indo nas subprefeituras, para estar indo onde quer que seja, na Sabesp. A correria nossa aqui é diária. E para estar indo nas áreas, onde têm matos, onde está tendo, assim... rato, escorpião... Porque, às vezes, você olha por fora, está beleza, mas aí você tem que integrar mesmo, para você ver se realmente é aquilo que está parecendo. Isso é importantíssimo. Agora, então, na época da seca, é tranquilo por uma parte. Mas, você vê, na parte de respiração das pessoas fica mais complicada, por causa do... esteamento, não é? Esse tempo que a poluição é muito forte, eles acabam sofrendo muito, não é? Aí, quando vem a chuva, aí você vai ter outra série de problema, que é a leptospirose, os problemas da dengue. Então, ela acaba acontecendo mais nessa época. Então, todo o tempo é tempo de orientar, de estar se cuidando – tanto de nós como do ambiente, do lugar onde a gente vive."

"É, na minha opinião... É, pelo conhecimento que a gente tem, é conhecer a família, é de estar passando para equipe, assim... Que às vezes, a médica está na sala, ou ela vai fazer a visita e volta. Mas o dia a dia daquela família, ela não sabe o que aconteceu: se o filho foi preso, ou se aconteceu alguma coisa assim; ou que o marido bebeu muito. Porque tem muito caso de alcoólatra na nossa área também. E, dependendo de uma noite mal dormida, ou aconteceu alguma coisa na família, no outro dia, você já vê ela no corredor da UBS, medindo a pressão. E as pessoas são tímidas, às vezes não relatam os fatos que acontecem dentro da família. E isso é muito... Vem muito à tona isso. E quem tem mais esse conhecimento é o agente comunitário do que outra pessoa...

"Então, é que a gente consegue ver a fundo o porquê daquela situação. É certo que cada caso é um caso, mas tem 'enes' coisas que favorece. Tem o fator de uma pressão alta, que um diabético tem – isso tem acontecido muitas e muitas vezes. Até pessoas que não têm problema de hipertensão, e dependendo do momento que ele está vivendo, ele acaba a estar, naquela época, com aquele problema. Passou aquele problema, ele acaba voltando normal, sem precisar da medicação. É que, na comunidade, é como um todo. É a gente cuidar, é ver... Eu até vejo... [?] *Que nem, muitas vezes, a gente está indo... Está indo bem assim, ó... Não custa para 'mim' estar pegando um lixo na rua. Eu pego. Não custa nada, não é? Que facilita. Às vezes uma criança vem, escorrega, ou tropeça."*

"E a gente está o tempo todo orientando, cuidando de tudo. Do que pode, na verdade – porque nem tudo a gente pode estar cuidando. Se eu vejo um menino ali do lado fumando, aí eu vou passar, e não posso fazer nada; eu não posso estar falando. Aí já é complicado. Se bem que eles não... Ou também, às vezes, está em cima do muro... Mas são muitas coisas que a gente faz."

Alguns agentes, pelo que se depreende das observações e das entrevistas, conseguiam fazer o papel de articulador comunidade – residência – unidade de saúde; mas tudo isso variava, conforme os demais entrevistados, de acordo com o perfil do Agente Comunitário de Saúde, com a condução e o apoio da equipe, ou seja, da sistemática de construção / acompanhamento / supervisão do trabalho, no caso, realizada, conforme observação pelo médico e pelo enfermeiro, figuras centrais, em especial o médico, conforme se identificou, na definição dos rumos da equipe.

O Agente, o que ele espera do PSF?

Apesar das diferenças, evidenciam-se semelhanças e analogias.

Um aspecto que representou e evidenciou uma semelhança entre todos os agentes, de quaisquer das equipes entrevistadas, se referia à satisfação por estar desenvolvendo um trabalho que considerava útil e à sensação de orgulho quando constatava que o seu esforço era reconhecido pela comunidade e pela instituição, organizações às quais, eles entendiam, devessem dar satisfações acerca do seu trabalho.

Também foram enfáticos ao colocar a satisfação, a confiança da população com o trabalho que eles desenvolviam e com a presença deles, nas residências ou na Unidade Básica de Saúde.

Como as principais motivações para a opção pelo trabalho de Agente Comunitário de Saúde, declaradas nas entrevistas, de um lado, a possibilidade de emprego, de um trabalho remunerado e, de outro lado, o contato com a população concebida como carente, traduzido principalmente por "ser útil", pela possibilidade de trabalhar na saúde. Quanto ao significado do seu trabalho, destacou-se a solidariedade, traduzida pelo "sentir-se prestativo".

A perspectiva de profissionalização, de continuidade dos estudos, foi marca constante dos planos para o futuro. O estudo representava oportunidade tanto de aprofundar conhecimento quanto de profissionalização, fosse como profissional de nível superior da área da saúde ou como técnico ou auxiliar de enfermagem. Os depoimentos abaixo são elucidativos:

> *"... eu não sei se é porque eu comecei a trabalhar na área de saúde, essas coisas assim, mas eu tenho vontade de ser nutricionista, eu tenho muita vontade disso."*

> *"Meus planos para o futuro profissional é tentar fazer uma faculdade de oftalmologia."*

> *"Se a gente fosse da Prefeitura a gente teria uma profissão. Não posso colocar no meu currículo que eu sou agente comunitária. Quem vai me chamar pra se agente comunitária de saúde? Na enfermagem, por exemplo, o que vai contar? São os currículos, são os certificados que eu recebi dos outros cursos que eu fiz sendo agente comunitária. Mas não interessa muito pra eles se eu fui agente comunitária ou não. Eu posso falar em alguma entrevista, né? Posso colocar entre aspas. Mas o trabalho de agente comunitária de saúde eu não vou arrumar em outro lugar, entende? Eu pretendo melhorar a minha profissão porque eu não posso me estacionar no Agente Comunitário de Saúde. Quero ter uma expansão para evoluir. Mas não que eu renegue o meu cargo; eu sou agente comunitário e tenho orgulho dele."*

> *"Quero, sim, trabalhar no PSF, mas como auxiliar ou como técnica."*

Os agentes e a equipe

O Agente Comunitário de Saúde trabalhava bastante articulado com a equipe, interligando a casa e a unidade, as pessoas e os demais membros da equipe de Saúde da Família. Essa articulação tornou-se mais evidente quando o Agente encontrava um problema, em especial na visita domiciliar, o qual era levado para discutir com o médico, sua principal referência, ou com a enfermeira ou para a reunião diária. Nas situações detectadas como problemáticas, as quais, na maior parte das vezes, estavam relacionadas com o monitoramento de situação de risco epidemiológico (aderência a tratamento, cuidados da criança menor de um ano, falta repetida a atendimento), muitas vezes a conclusão era pela necessidade de um reforço do trabalho do Agente, agendando uma consulta ou uma nova visita, muitas vezes acompanhado pelo auxiliar ou pelo enfermeiro.

As reuniões de equipe do PSF eram entendidas e propostas como espaços de troca de experiências, de opiniões e de visões sobre os problemas enfrentados pela equipe, discussão das funções dos profissionais, das formas de integração do trabalho, do desenvolvimento de ações que transcendessem o âmbito restrito da vigilância à saúde e assistência à doença. Portanto, o espaço privilegiado de construção /

acompanhamento do projeto comum de trabalho da equipe e de elaboração da tecnologia necessária ao modelo assistencial em construção.

A afirmação dos agentes, nas entrevistas, sobre a existência de reuniões das equipes foi confirmada durante as semanas de observação do trabalho. Houve oportunidade de registrar várias reuniões de cada uma das quatro equipes de saúde estudadas. As questões discutidas, nessas reuniões, estiveram mais relacionadas com a atenção individual e, entre as ações propostas, conforme já se viu, sobressaiu a marcação / remarcação de atendimento, na maior parte das vezes com o médico de família da equipe. As relações familiares e as ações educativas e comunitárias quase não apareceram como temática nas reuniões de equipe, assim como a discussão sobre o projeto de trabalho da equipe para as famílias sob sua responsabilidade e sobre o modelo de atenção do PSF. As questões técnico-administrativas tiveram espaço importante nas reuniões.

Dentre as providências colocadas sob a responsabilidade do Agente, prevaleceu a prestação de informação, especialmente sobre acesso a serviços e ações de saúde, a função de elo comunicativo (mais estritamente entendido como levar mensagens e insumos da unidade à casa e vice-versa), levar resultados de exames, agendamento de consultas e a coleta de informações adicionais, entre outras providências.

Para dar conta da viabilização do projeto comum de trabalho, os espaços de supervisão e a gerência são fundamentais. No entanto, não se percebeu, durante o tempo de coleta de dados, a sistematização da supervisão individual e do trabalho da equipe. A reunião da equipe, no período observado, privilegiava o caso individual e a doença; nas visitas conjuntas, com o auxiliar, com o enfermeiro ou com o médico, o Agente funcionava como acompanhante; a gerência da unidade, em apenas uma das equipes observadas, teve atuação expressiva na conformação do trabalho da equipe e do Agente.

Também se evidenciou que, embora a reunião de equipe representasse o espaço privilegiado de encontro, discussão e planejamento do trabalho, essa integração, para o Agente Comunitário de Saúde, muitas vezes apareceu como uma ajuda mais pessoal.

Conforme já se viu, o médico, em especial, e o enfermeiro foram identificados, na maioria das equipes observadas, como referência do Agente e seu supervisor. Em algumas equipes, o médico apareceu, claramente, além de ser citado pelos agentes, nessa condição, como o coordenador da reunião da equipe, o coordenador da equipe.

O Agente na opinião dos demais integrantes da equipe e para os gerentes de unidades

Existiram vários consensos, entre os entrevistados, acerca do Agente Comunitário de Saúde. Entre eles, a importância do seu trabalho para acontecer o PSF, seus princípios e diretrizes, a importância de sua presença na equipe. Para quase todos os informantes, o Agente de Saúde foi destacado como o "diferencial" do PSF, quando comparado a outros modelos de atenção. Nele se depositava não apenas uma série de responsabilidades, mas a possibilidade de transformação do modelo de atenção à saúde prestada à população. Também concordaram quanto à importância da seleção e do treinamento adequados para os resultados do trabalho.

Se, por um lado, existiu consenso em relação a muitos aspectos, por outro, como seria de se esperar, não houve, entre os demais sujeitos entrevistados, consenso em relação a vários aspectos do PSF nem em relação à maioria dos aspectos relacionados com o Agente Comunitário de Saúde na viabilização da estratégia de Saúde da Família para a cidade de São Paulo, quer em relação às funções e/ou ao seu trabalho, ou em relação ao perfil desse profissional.

Na opinião dos integrantes das equipes entrevistados, detectaram-se, pelo menos, cinco funções do Agente Comunitário de Saúde envolvendo várias dimensões e naturezas de sua participação no programa, diferentes entendimentos e percepções de sua participação no Programa / equipe. Foram elas: conhecedor da população; organizador e facilitador do acesso a serviço de saúde; elo entre a equipe, a família e a comunidade; tradutor e, ainda, a de vigilante de riscos para a saúde e de controlador da aderência aos cuidados de saúde propostos pelo médico e pelo enfermeiro.

Assim, o Agente de Saúde, de um lado, era um observador qualificado da situação de saúde e necessidades das famílias – algumas vezes, para o trabalho da equipe; de outro, interferia nessas situações por meio do que concebia como orientação. Uma terceira característica do trabalho do Agente era o vínculo de vizinhança e a mobilização.

Importante ressaltar que não se conseguiu identificar, nas entrevistas analisadas, uma concepção do Agente como o que se denomina dinamizador, "empoderador" dos indivíduos e famílias, no sentido da cidadania, da qualidade de vida, de mobilizador social via mobilização social ou via promoção da saúde. Essas facetas, nos estudos do Qualis e do PSF de 2004, foram enfatizadas tanto por dirigentes quanto por membros da equipe de Saúde da Família, incluindo os próprios Agentes Comunitários de Saúde.

Entre as dificuldades enfrentadas pelos agentes para a execução do trabalho, os entrevistados referiram, entre outras: a sobrecarga ocasionada pela responsabilidade por número de famílias, muitas vezes considerado excessivo; a dificuldade de cumprir as visitas necessárias; a pressão da demanda; a insuficiente discussão e aproveitamento dos dados colhidos; as dificuldades com os serviços de retaguarda da unidade básica. Alguns profissionais identificaram problemas também no modelo assistencial, de como, ao mesmo tempo, dar conta da assistência a grupos de risco epidemiológico e garantir espaço no trabalho para ações de prevenção e de promoção da saúde e, ainda, dar conta da demanda espontânea; outro desafio referido foi o próprio objeto de atuação, o deslocamento da abordagem do indivíduo para a família, para a comunidade e para o meio ambiente.

A insuficiência / inadequação do treinamento foi muito referida. Muitos gostariam de mudar várias coisas. Abaixo, alguns depoimentos:

> *"Eles entram e aprendem com os outros ACS. Demora um ano para fazer a capacitação"* (auxiliar de enfermagem).

> *"O treinamento precisa ser mais elaborado e completo. Alguns ACS não conhecem seu papel"* (auxiliar de enfermagem).

> "*Acho os ACS capacitados"* (médico).

> *"A capacitação é fraca, 'jogada', sem lógica"* (médico).

> *"É necessária capacitação completa, não somente quanto ao preenchimento de fichas"* (médico).

> *"Se pudesse mudar alguma coisa, daria treinamento voltado para a área médica. Precisam de mais treinamento para diferenciar o que é, ou não, problema de saúde"* (médico).

> *"Diminuiria a burocracia. Treinamento para atuação na comunidade, para organizarem-se"* (médico).

> *"Inserção de curso de cuidadores, de orientadores, sem entrar no mérito científico, para que eles pudessem cuidar da comunidade"* (médico).

> *"Poderia ampliar a função dele, por exemplo, para orientações a pacientes com Alzheimer e sobre prescrição médica, para orientação aos cuidadores"* (médico).

> *"A capacitação programada é falha e quase inexistente. A capacitação ocorre no âmbito do serviço e da equipe, que buscam diferenciar para os ACS questões de urgência e eletivas"* (dentista).

> *"A capacitação é desigual. Alguns passam pelos Momentos 1 e 2, enquanto outros são treinados pela equipe, no cotidiano"* (enfermeiro).

Em alguns depoimentos, era, ainda, importante a referência à condição de juventude e de inexperiência de alguns agentes, como influindo negativamente no trabalho.

Para finalizar, uma coisa é certa: a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados estava

satisfeita; a maioria dos profissionais estava satisfeita e informava que a população que era coberta pela estratégia estava também satisfeita; apenas para alguns as condições de trabalho não foram suficientes para mantê-los no mesmo lugar, ou as expectativas pessoais e profissionais os levavam a sair do Programa.

Havia também unanimidade entre os sujeitos envolvidos: a importância dos Agentes Comunitários de Saúde para o PSF, para a Atenção Básica à Saúde, para os seus resultados e para a satisfação da população.

> *"Faço, faço trabalho de agente... Além do trabalho de Agente Comunitário de Saúde eu presto assistência às famílias, não só da minha microárea, mas das demais também. Porque a gente presta cursos de pintura, o curso de alfabetização... Lutamos muito por um curso de informática, que é o Telecentro – onde as pessoas agradecem muitíssimo, por 'ter' e não precisa pagar nada, é a Prefeitura que banca. E esses cursos de... como falou: Internet, e tudo, eles adoram participar. Isso, eu me dedico muito a isso"* (Agente Comunitária de Saúde, região Norte, São Paulo).

O Agente Comunitário de Saúde, a equipe de saúde da família e o PSF na cidade de São Paulo: identidades e processos em construção

Conforme se apresentou, a pesquisa desenvolvida para caracterizar o Agente Comunitário que atuava no PSF, em equipes selecionadas da região Norte da cidade, evidenciou individualidade no trabalho de cada equipe, no acontecer do PSF, em cada unidade de saúde estudada. Por consequência, em relação aos Agentes Comunitários de Saúde tampouco se identificou, nas opiniões sobre o Programa, nas colocações sobre o seu trabalho, na prática concreta, nos posicionamentos do dia a dia, nas expectativas, uma conformação singular de uma identidade profissional. Também no correspondente aos demais sujeitos que viabilizavam o PSF nessas equipes, não havia consenso; pelo contrário, o dominante foi de diversidade de opiniões, de entendimentos, de concepções.

Provavelmente, as especificidades detectadas não se constituíam em negação ou em substituição do modelo anterior de organização tecnológica do trabalho para o PSF, mas evidenciavam a ocorrência de um realinhamento tecnológico ou reflitam movimentos de acomodação de uma proposta em um cenário complexo de metrópole, e que muito tem a contribuir na organização da Atenção Básica à Saúde e no fortalecimento do SUS na cidade de São Paulo.

Entretanto, mais do que tentar explicar as diferenças encontradas dentro dos próprios limites do Programa, da equipe, dos seus integrantes, ter-se-ia que enfocar o contexto, os movimentos da cidade de São Paulo para (re)organizar a Atenção Básica, o que certamente levará a indicativos sobre limites e possibilidades da contribuição do PSF e, principalmente, do Agente Comunitário de Saúde na organização da Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo e no acesso e humanização à população.

Assim, a apreensão das características do PSF na cidade de São Paulo, maior cidade do País, e o entendimento e aproveitamento de sua real contribuição à organização da Atenção Básica à Saúde na cidade são temas dos mais oportunos e urgentes.

O PSF, como proposto em nível federal em 1994, como proposta de política pública para o país, e em São Paulo em 1997, certamente não se propunha a permanecer inalterado, independentemente dos momentos históricos e dos contextos em que fosse operado.

Internamente ao Programa, as especificidades que o PSF assume, a cada momento e em cada cenário, na maior cidade do país, as demandas e as questões que coloca para a estratégia teriam que ser discutidas não apenas em relação à identidade do Agente Comunitário de Saúde. Ter-se-ia que discutir essa especificidade e essa conformação em relação às equipes, aos diferentes profissionais que a integram, ao trabalho geral desenvolvido na Unidade Básica de Saúde para a população.

Por exemplo, cabe referência à importância do médico e do enfermeiro da equipe, como sujeitos fundamentais de referência, não apenas para o Agente, mas para a construção e viabilização do trabalho coletivo. A constatação da rotatividade dos profissionais da equipe, em especial do médico, torna-se de

grande importância na medida da construção do projeto de trabalho e da identidade profissional.

Além disso, aspectos externos ao Programa, entre os quais as demandas da população, a incorporação tecnológica, a expansão do complexo médico-hospitalar, o mercado de trabalho, as exigências e oportunidades educacionais e as expectativas dos profissionais, em especial dos médicos e dos próprios agentes, entre outras, conformam um cenário que, certamente, informa as acomodações da estratégia, inclusive a construção de identidades profissionais, mesmo as dos profissionais integrantes da equipe do PSF. As condições concretas de uma metrópole, com a complexidade de São Paulo, com um sistema de saúde estruturado, com uma organização profissional definida, com necessidades e demandas sociais mais agudas na periferia, com exigências em termos de definição de identidade profissional, tendem a ampliar as contradições e as especificidades desse contexto em que se implanta o PSF.

Caminhando para uma síntese, considera-se que a pergunta **"o que mudou?"** deveria deslocar-se para além dos aspectos internos às diretrizes e funcionamento do Programa, ou seja, considerar variáveis que apoiem a discussão dos limites e possibilidades do PSF na organização da Atenção Básica à Saúde da cidade de São Paulo, ou mesmo de grandes cidades, contemplando, em especial, dimensões relacionadas com o contexto e com políticas públicas de saúde e afins, aspectos esses que lhes asseguram uma especificidade enquanto lócus para implantação do PSF.

O conhecimento produzido, nesse esforço, certamente será de grande utilidade para o enfrentamento dos grandes desafios e para a viabilização de políticas públicas de saúde em cenários semelhantes.

REFERÊNCIAS

Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas PHD. Primeiro Relatório Técnico-Científico. Novos modelos de assistência à saúde: avaliação do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo. São Paulo: FAPESP; 1999.

Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1988.

Marsiglia RMG, Silveira C, Amaral DP, Silva JA, Nakae MF, Carneiro Jr. N, Seixas PHD. Caracterização das categorias profissionais do PSF na cidade de São Paulo. Unesco; 2005. Projeto 914 BRA 1079, Prodoc. Atenção Básica, SP, 2005. (Produto: Relatório de Pesquisa).

Nogueira R, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis*: o agente comunitário de saúde. [Texto para Discussão 735]. 2000. Disponível em http://www.ipea. gov. br.

Peduzzi M. O trabalho multiprofissional em saúde: questões teóricas e conceituais. I Encontro dos Programas de Aprimoramento Profissional. São Paulo, 30 de setembro de 1999. São Paulo: Fundap; 1999.

Schraiber LB. Prefácio. In: Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Silva JA, Oliveira FR, Barbosa E. Atenção básica à saúde no município de São Paulo: caracterização das unidades básicas de saúde. São Paulo: SMS, Coordenadoria de Atenção Básica e Programa Saúde da Família; 2004. (Mimeo).

Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Silva JA. Caracterização do agente comunitário de saúde que atua em Programa de Saúde da Família de municípios de capitais selecionadas. Documento Técnico Final de Consultoria. Ministério da Saúde / Unesco. Novembro de 2006. (Mimeo).

Silva JA. Os agentes comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. In: Silva JA, Seixas PHD, Marsiglia RMG (org.). Os sujeitos do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. São Paulo: CEALAG / Memnon; 2011. p. 193-250. (Coletânea ObservaRHSP: estudos e projetos. Volume 1).

CAPÍTULO 3

A equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo

Áurea Maria Zöllner Ianni

RESUMO

A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO: Este capítulo apresenta os resultados de duas pesquisas sobre a Saúde Bucal na Atenção Básica do município de São Paulo, que correspondem a dois momentos: quando da implantação do projeto Qualis, na década de 1990, e do Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de 2001. As pesquisas focaram o processo de trabalho das equipes numa perspectiva ampla, não apenas naquela restrita aos profissionais, mas na sua relação com os usuários. Ainda que não se caracterize como pesquisa comparativa entre os dois modelos de atenção, foi possível identificar similitudes e diferenças nas estratégias adotadas. Foi possível identificar, também, que, a partir de 2001, aprofundaram-se as diferenças entre as equipes de Saúde Bucal que aderiram ao PSF e as que se mantiveram no modelo de atenção tradicional das Unidades Básicas de Saúde. A abordagem metodológica foi qualitativa, envolvendo entrevistas semiestruturadas com os diferentes profissionais.

Descritores: Atenção básica à saúde (São Paulo: estado); Saúde bucal: Políticas públicas de saúde..

ABSTRACT

THE ORAL HEALTH TEAM IN THE BASIC ATTENTION TO THE HEALTH IN THE CITY OF SÃO PAULO: This chapter presents the results of two studies on Dental Health Policy in Basic Attention in São Paulo regarding two historical moments: the implantation of the Qualis project in the 1990s and of the Family Health Program (FHP) in 2001. The researches focused on the work process of the teams within a broad perspective, and not just restricted to the professionals concerned, but related to their relationships with the users. Although this cannot be characterized as a project which compares the two models of health care, our investigation was able to identify similarities and differences between the two strategies. It has become clear that as from 2001 the divergences between the Dental Health Policy's teams that joined the PSF and those which remained in the traditional care model of the Basic Health Units have deepened. Qualitative methodological approach involved semi-structured interviews with professionals.

Keywords*: Basic attention to health (São Paulo: state); Dental health: Health public policy.*

1. INTRODUÇÃO

Os resultados da pesquisa discutida no Volume 1 desta Coletânea, realizada junto aos profissionais de Saúde Bucal (SB) do Qualis no município de São Paulo, SP, 1996-99 (Ianni, 2011), demonstraram que, no geral, os profissionais tinham uma visão positiva do seu trabalho. O modelo de Saúde da Família / Qualis, na percepção dos profissionais entrevistados, propunha práticas inovadoras à SB, estimulando-os a novas aprendizagens. Segundo os depoimentos, esse modelo consistia, também, num campo de trabalho que oferecia condições bastante satisfatórias no cenário do mercado de trabalho, em função, sobretudo, dos salários acima da média dos do serviço público em geral e da estabilidade do emprego.

Outro fator importante para a satisfação com o trabalho era o ideário constitutivo da Estratégia Saúde da Família – focada na atenção primária e na reestruturação do modelo assistencial. Para eles, essa estratégia permitia a apropriação (em boa medida) do processo de trabalho como um todo, fosse pela perspectiva da integralidade da atenção, que lhes era possível oferecer aos pacientes, ou pela dinâmica de trabalho desenvolvida na Unidade e junto à própria equipe – uma dinâmica mais coletiva e cooperativa.

A grande queixa, entretanto, recaía sobre alguns aspectos como: a sobrecarga de trabalho relacionada ao excesso de demanda decorrente da ampliação da atenção para a faixa da população adulta, antes excluída dessa modalidade de atenção; o contexto metropolitano no qual estavam inseridos, que apresentava desafios como segurança nos locais de trabalho, longas distâncias percorridas entre residência e UBS etc.; e a própria estrutura dos serviços de saúde do município de São Paulo. Esse último aspecto referia-se à convivência entre o chamado modelo tradicional de atenção e o recém-instituído modelo de Saúde da Família, que sobrepunha estruturas e culturas de serviço bastante diferenciadas, condicionando não apenas as práticas e processos de trabalho dos profissionais de saúde, mas também o comportamento dos usuários, moldando a demanda e interferindo, dessa forma, na organização e na dinâmica dos serviços. O contexto metropolitano, por sua vez, impunha outro desafio ao PSF: "tensionava" esse modelo no que se referia à estratégia de cobertura locorregional, à adscrição da clientela e ao padrão de referência domiciliar e familiar, com repercussões em seu funcionamento e processos de trabalho (Cohn et al., 1991; Bousquat et al., 2005).

Ainda na pesquisa dos profissionais do Qualis, havia referências a aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe. Alguns avaliavam como potencializador e criativo, permitindo a troca de saberes; outros demonstravam insegurança quanto a dividir as tarefas "a quatro mãos" (Araújo e Dimenstein, 2006). Referiam-se, também, a outra contradição: a pró-atividade, ou o foco no domicílio, na família, no acolhimento etc. – objetivos preconizados pelo Programa, e as condições concretas que a Equipe de Saúde Bucal (ESB) tem para realizar o seu trabalho – na medida em que a atenção odontológica requer aparato tecnológico pesado, dificultando a flexibilidade das equipes.

Havia clara percepção da necessária articulação entre a atenção clínica individual e o perfil epidemiológico da população, elemento norteador do planejamento das ações, da organização dos serviços e atendimento à demanda. Compreendia-se que essa articulação era componente fundamental para a estratégia pró-ativa proposta pelo programa (Roncalli, 2006; Almeida e Vianna, 2005). Isso fazia com que esses profissionais prezassem, em muito, o sistema de informação em SB, na perspectiva do planejamento das ações e do controle dos procedimentos.

A experiência Qualis significou um marco na estruturação e organização da Saúde Bucal na Atenção Básica no município de São Paulo, consolidando-a como área integrante da Saúde da Família. Introduziu serviços, práticas e recursos humanos novos na rede básica de saúde. Consolidou as equipes "completas": Cirurgião-Dentista (CD), Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), introduzindo o trabalho "a quatro mãos"; mudou qualitativamente a atenção, ampliando-a para a população adulta; desenvolveu a estratégia pró-ativa na atenção básica (ações e procedimentos coletivos) e a integralidade da atenção ancorada no perfil epidemiológico etc. Inovou, também, ao realizar isso por meio de parcerias com Organizações Sociais, as instituições parceiras, na execução dos programas e serviços. Essas evidências orientaram a concepção de um segundo estudo, agora abrangendo o atendimento à SB da população em uni-

dades básicas das regiões Norte e Centro-Oeste da cidade, que incluísse não apenas as unidades estruturadas sob a estratégia de saúde da família, mas também aquelas consideradas "clássicas" ou tradicionais.

Com o presente estudo, esperava-se alcançar os seguintes **objetivos**:

- Caracterizar a organização do processo de trabalho no serviço, considerando as estratégias: Programática, fortemente consolidada no âmbito da SB "tradicional", e a de Saúde da Família;

- Analisar o desenvolvimento e a gestão do trabalho das ESBs quanto à estratégia de cobertura de população adscrita, por meio da caracterização e análise das ações desenvolvidas pelos profissionais e os resultados obtidos;

- Identificar e caracterizar os programas de capacitação em RH/Bucal desenvolvidos;

- Caracterizar os diferentes vínculos com os serviços que os profissionais estabeleciam (opção de ingresso no mercado de trabalho, tendência vocacional, filantropia, relação formação *versus* inserção no modelo de atenção, outras);

- Caracterizar a percepção dos profissionais (ativos e egressos) sobre a adesão / rejeição ao processo de trabalho.

A apresentação dos resultados finais do estudo obedece à sequência das questões acima propostas.

1.1 Implantação do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo

Para compreender a implantação do PSF na cidade de São Paulo, é importante resgatar as estratégias que nortearam a política de municipalização da saúde nesse município. Em São Paulo, a descentralização e a reestruturação do sistema municipal foram os principais eixos da administração à época, em 2001. Naquele contexto, destacava-se o papel relevante do Distrito de Saúde (DS) como instância fundamental de planejamento e organização do sistema municipal de saúde.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) iniciou o processo de implantação do SUS na cidade de São Paulo com a **municipalização** da Atenção Básica e a adoção da **Estratégia da Saúde da Família** como base de estruturação desse nível de atenção. O **projeto inicial** para a implantação do PSF no município propunha, como meta, a instalação de 1.749 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 10.496 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o quadriênio 2001-2004, incluindo, também, 875 ESBs. Foram priorizadas as regiões mais carentes da cidade, consideradas de maior vulnerabilidade, prevendo uma cobertura potencial de aproximadamente seis milhões de habitantes.

Em função da complexidade e especificidade do município paulista, decorrentes da existência de uma rede própria de serviços de Atenção Básica bastante antiga e consolidada (considerados os equipamentos municipais e estaduais em conjunto), da dinâmica demográfica e urbanística metropolitana, característica intrínseca e determinante desse município, e do desmonte do PAS, com a decorrente e necessária reorganização do quadro geral de Recursos Humanos da Saúde, dentre outros fatores secundários, os gestores da SMS/SP, à época, reconheceram a necessidade de adotar uma estratégia própria para a implantação do PSF no município.

O Plano de Implantação aprovado foi encaminhado para financiamento ao Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB-SPSP/MS), inicialmente por meio de negociação direta, e submetido, posteriormente, ao trâmite formal e às instâncias legais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e à Comissão Bipartite (fevereiro de 2001).

Quanto ao número de famílias, os critérios definidos pelo MS – uma equipe para 1.000 famílias e um ACS para 200 famílias – foram adotados no início, mas logo se verificou a necessária flexibilização do número de famílias atendidas, em decorrência das características de fluxo demográfico e de assentamentos urbanos na região metropolitana.

A SMS iniciou o processo de implantação do PSF com a incorporação progressiva das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao PSF, visando à reestruturação

do sistema municipal de saúde que "terá sua rede básica gradativamente transformada pela estratégia da saúde da família" (DOM, 27/06/2001).

Tendo em vista a incorporação das UBS ao PSF, a equipe básica do PSF seria complementada pelos outros profissionais que integravam as UBS. A ênfase no aspecto da complementaridade evitava, assim, segundo os gestores municipais, a sobreposição de ações.

A contratação dos profissionais foi viabilizada por meio de convênios com instituições parceiras[*] com prioridade para os profissionais que já atuavam na rede municipal de serviços.

O processo seletivo foi realizado pelo Distrito de Saúde e pela instituição parceira, observando-se alguns critérios em função do vínculo empregatício. Para funcionários estatutários: 20 horas eram pagas pela instituição parceira, sob regime da CLT; 20 horas eram pagas pela Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP); e, para os funcionários externos, 40 horas sob regime da CLT.

Ao DS coube a gestão dos recursos humanos, e as capacitações ficaram sob responsabilidade das instituições parceiras e da própria SMS.

A escolha dos DS para implantação do PSF teve como base critérios socioeconômicos e epidemiológicos, critério territorial e vulnerabilidade socioeconômica e geográfica. Os critérios socioeconômicos e epidemiológicos foram definidos com base no Mapa da Exclusão Social (Sposati, 1996), tendo sido priorizada a população mais carente em cada um deles, com renda familiar de até cinco salários mínimos. O número de equipes correspondeu ao atendimento a essa população. O critério territorial teve por base a existência de uma UBS instalada e sua área de abrangência. Foram considerados, também, os riscos socioeconômicos e geográficos definidos pelos Planos Distritais de Saúde existentes à época. Tais critérios contemplavam o objetivo de construir um círculo em torno da cidade, situado nos DS da periferia urbana, área com maior concentração da população carente do município.

Para a estratégia de implantação foram adotados os princípios de extensão da cobertura e aumento da qualidade do atendimento, a estratégia do orçamento participativo, buscando atender à demanda da população, a priorização da instalação de equipes em UBS já existentes e a meta de extensão da cobertura a 100% da população (Nakamura e Tasca, 2002).

1.2 Situação da Saúde Bucal na Atenção Básica no município de São Paulo

À época do estudo, a Área Técnica de Saúde Bucal (ATSB) da (SMS/SP) estava vinculada à Coordenação do Desenvolvimento das Políticas e Programas de Saúde (CODEPPS), que tinha como missão coordenar e desenvolver a política de programas de saúde na SMS.

A política de Saúde Bucal do município de São Paulo estava consubstanciada nas *Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal – Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal* (fevereiro de 2006), que estabelecia as linhas gerais que subsidiavam a organização das ações de SB necessárias à prevenção, tratamento e recuperação da saúde bucal, nos níveis de atenção do SUS, em âmbito municipal.

Nesse documento, estava previsto para as UBS: "a porta de entrada do sistema de saúde e devem atender a todas as faixas etárias, sendo as prioridades estabelecidas conforme fatores de risco social e biológico". As vagas deveriam ser disponibilizadas segundo recursos físicos e humanos de cada UBS, cabendo a realização de:

- procedimentos básicos de assistência odontológica e ações educativo-preventivas;

- procedimentos coletivos em espaços sociais da área de abrangência;

- atendimento a urgências, segundo disponibilidades;

- encaminhamento para outros níveis de atenção, quando necessário.

[*] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Casa de Saúde Santa Marcelina, Organização Santamarense de Educação de Cultura (Unisa), Associação Congregação Santa Catarina, Associação Saúde da Família, Associação Comunitária Monte Azul, Instituto Adventista de Ensino, Fundação Faculdade de Medicina da USP (FFMUSP), Hospital Israelita Albert Einstein, Santa Casa de São Paulo.

Além das atribuições da AB, o citado documento definia as especificações das atribuições dos níveis secundários da atenção: Prontos Socorros e Pronto Atendimento, Hospitais Municipais e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Esses deveriam prover os serviços das seguintes especialidades: periodontia, cirurgia oral menor, semiologia, endodontia e atendimento aos pacientes com necessidades especiais; encontrava-se em fase de implantação o serviço de reabilitação, com próteses para idosos com mais de 60 anos. Segundo preconização da CODEPPS/SMS, o CEO constituía serviço de referência da AB, devendo prestar atendimentos aos usuários encaminhados pelas ESB das UBS.

A SMS, integrada à Secretaria Municipal de Abastecimento, mantinha, ainda, o sistema de heterocontrole da vigilância da fluoretação das águas de abastecimento público da cidade de São Paulo.

1.2.1 A rede de serviços de Saúde Bucal no município de São Paulo

Ainda, segundo o documento *Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal – Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal*, a "rede básica de saúde é a grande responsável pelo cuidado em saúde; cuidado significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação da equipe de saúde com os indivíduos, famílias e comunidades. Significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural; e acolhê-las em suas necessidades em relação ao sistema de saúde de forma humanitária, garantindo a continuidade da atenção à saúde e a participação social" (p. 10). A Atenção Básica ocorria na rede de UBS, englobando as unidades com e sem PSF.

Como apontado anteriormente, esta era uma característica do sistema de saúde no município de São Paulo: a convivência de diferentes modelos assistenciais numa mesma rede assistencial. Havia Unidades de Saúde com serviços de SB que atendiam segundo o modelo 'tradicional' (um Cirurgião-Dentista trabalhando isoladamente ou, quando muito, com o apoio de um Auxiliar de Cirurgião Dentista), Unidades de Saúde da Família (USF) com equipes de PSF/ESB completas, além de unidades mistas, com equipes do modelo "tradicional" ao lado de ESF/ESB. A articulação dessa rede, portanto, era uma condicionante posta para o gestor municipal e para o desenvolvimento do PSF.

Por ocasião da investigação, a SMS contava com serviços odontológicos numa rede constituída por 303 UBS, 14 unidades de serviços especializados para atendimento a portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), e 17 Centros de Especialidades. Em 89 UBS estava implantado exclusivamente o PSF, das quais 16 unidades realizavam o atendimento em SB com equipes de PSF. Contava, também, com serviços de urgência em seis hospitais, 11 serviços de Pronto Socorro ou Pronto Atendimento.

A partir da Portaria 1.570/GM, de 29/07/2004 (Brasil, 2004), que estabeleceu critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de serviços de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD), foram criados os CEOs. No município, encontravam-se instalados 14 CEOs e três Ambulatórios de Especialidades.

Acrescentem-se os denominados Procedimentos Coletivos (PC) – a ação coletiva dental supervisionada, a ação coletiva de bochecho fluorado, a ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, a atividade coletiva de educação em saúde desenvolvida por profissionais de nível superior junto à comunidade, e a atividade coletiva realizada por profissionais de nível médio, na comunidade; todas essas ações encontravam-se articuladas aos serviços, compondo o cenário do que se configurava a área de SB na Atenção Básica do município de São Paulo.

O cenário do sistema de saúde, em São Paulo, apontava, portanto, para a convivência de diferentes modalidades de serviços e estratégias de atenção. Acrescido a esse cenário, desde 2001 (momento da implantação do PSF como política municipal universalizante), o município vinha sofrendo constantes mudanças na política de saúde municipal, em decorrência das trocas constantes não apenas dos prefeitos e secretários municipais de saúde, mas também de coordenadores / supervisores etc., o que agravava a complexi-

dade do cenário da gestão municipal e, nela, a dos serviços e dos RH em saúde em São Paulo, dificultando a consolidação de estratégias e modelos de atenção.

Dados fornecidos pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em agosto de 2008, e confirmados junto aos gerentes das UBS da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em outubro do mesmo ano, apontavam um total de 392 profissionais de SB trabalhando no município de São Paulo (Tabela 1); esse número representava 7,9% do total de trabalhadores da saúde da cidade.

Os dados sobre sexo e faixa etária (Tabelas 2 e 3, respectivamente) contribuíram na identificação do perfil desses trabalhadores da saúde. Por fim, as Tabelas 4 e 5 apresentam o panorama da inserção desses profissionais, segundo o modelo assistencial da UBS, e as diferentes formas de contratação desses trabalhadores.

Tabela 1. Distribuição dos trabalhadores em Saúde Bucal, de acordo com a categoria profissional, município de São Paulo, 2008.

Categoria Profissional	n	%
Auxiliar de Consultório Dentário	130	33,2
Cirurgião Dentista	247	63,0
Técnico Saúde: Higiene Dental	14	3,6
Técnico Saúde: Prótese Dentária	1	0,3
Total	**392**	**100,0**

Fonte: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, agosto de 2008.

Diante do cenário encontrado, reafirmou-se a pertinência das diferentes questões propostas para investigação no presente projeto. A complexidade do sistema local de saúde, com a convivência de equipamentos diferenciados, a sobreposição e/ou articulação de diferentes modelos assistenciais bem como diferentes práticas e estratégias em saúde, configuravam uma rede básica diversificada e complexa que desafiava gestores e profissionais, tanto no enfrentamento da resolução dos problemas de saúde da população quanto na organização da atenção.

Tabela 2. Distribuição das categorias profissionais de Saúde Bucal de acordo com o sexo, município de São Paulo, 2008.

Cargo	Feminino		Masculino		Total	%
	n	%	n	%		
Auxiliar de Consultório Dentário	121	93,1	9	6,9	130	33,2
Cirurgião Dentista	164	66,4	83	33,6	247	63,0
Técnico Saúde: Higiene Dental	14	100,0	0	0,0	14	3,6
Técnico Saúde: Prótese Dentária	0	0,0	1	100,0	1	0,3
Total	**299**	**76,3**	**93**	**23,7**	**392**	**100,0**

Fonte: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, agosto de 2008.

Tabela 3. Distribuição dos trabalhadores em Saúde Bucal, segundo faixas etárias, município de São Paulo, 2008.

Faixas Etárias	n	%
Sem informação	47	12,0
De 18 a 20 anos	1	0,3
De 21 a 30 anos	17	4,3
De 31 a 40 anos	59	15,1
De 41 a 50 anos	172	43,9
De 51 a 60 anos	79	20,2
De 61 a 70 anos	17	4,3
Total	**392**	**100,0**

Fonte: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, agosto de 2008.

Tabela 4. Distribuição dos trabalhadores de Saúde Bucal, segundo modelo assistencial da UBS, município de São Paulo, 2008.

Modalidade de Assistência	n	%
Mista	76	19,4
PSF	97	24,7
Tradicional	219	55,9
Total	**392**	**100,0**

Fonte: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, agosto de 2008.

Tabela 5. Distribuição dos trabalhadores de Saúde Bucal, segundo tipo de contratação, município de São Paulo, 2008.

Tipo de Contratação	N	%
PSF	62	15,8
SPE	151	38,5
SPE/PSF	1	0,3
SPM	178	45,4
Total	**392**	**100,0**

Fonte: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, agosto de 2008.

1.3 Metodologia e procedimentos de pesquisa

A pesquisa foi realizada em oito Unidades Básicas de Saúde das regiões Norte e Central do município de São Paulo. O desenho da pesquisa obedeceu aos seguintes pressupostos: o primeiro deles foi o de reproduzir, junto às ESB que atuam no PSF, pesquisa semelhante à realizada com os trabalhadores em SB do projeto Qualis, implantado no município de São Paulo em finais da década de 1990. Essa proposta teve o intuito de obter informações que propiciassem estabelecer nexos comparativos entre a estratégia de Saúde da Família, enquanto uma política pública universalizante, implantada no município de São Paulo em 2001, e o Qualis – também uma estratégia de Saúde da Família, porém implantada no município pela Secretaria de Estado da Saúde como política pública focal.

O segundo pressuposto da pesquisa consistiu em contemplar a diversidade de modelos assistenciais existentes no município. Como já informado, havia UBS "tradicionais", UBS com PSF e UBS mistas. A convivência desses diferentes modelos de atenção e organização dos serviços era fator importante na estruturação e na estratégia de gestão da saúde no município, com desdobramentos nos processos de trabalho das equipes, nas ações desenvolvidas pelos profissionais, e na gestão dos recursos humanos.

Considerados os pressupostos acima, o desenho da pesquisa orientou-se pela formulação de questões semelhantes àquelas presentes na investigação sobre o Qualis, a fim de obter resultados que permitissem estabelecer relações entre os modelos e estratégias Qualis / PSF numa outra etapa do trabalho. Assim, focou-se a presente pesquisa nas características das duas modalidades de atenção existentes no município – a "tradicional" e a da Saúde da Família, tendo em vista, também, uma comparação interna à política vigente no município à época.

A metodologia da pesquisa envolveu: o sorteio das UBS para investigação, a observação sistemática das ESB sorteadas, e entrevistas com os membros das ESB e alguns informantes-chave, realizadas a partir de roteiro semiestruturado. Tendo por base os dados secundários coletados junto ao Centro de Informações – Ceinfo / SMS SP, obteve-se o seguinte cenário:

Região Central - Seis UBS com ESB, sendo que nenhuma delas tinha PSF.

Região Norte - 75 UBS com ESB, sendo que apenas nove UBS tinham PSF.

A única parceira de PSF com ESB era a SPDM, vinculada à Universidade Federal de São Paulo. Anteriormente, a principal parceira da SMS, a Fundação Zerbini, situava-se na região Norte da cidade, tendo permanecido até o início de 2007, quando deixou de participar do Programa.

Optou-se pelo estudo de abordagem qualitativa, junto a oito ESB (perfazendo oito CD, oito THD, e de 16 a 24 ACD). As oito ESB foram assim distribuídas:

- Quatro ESB / PSF (todas, necessariamente na Zona Norte);

- Quatro ESB / Tradicional (duas ESB da zona Norte e duas da Zona Central).

A indicação das UBS foi feita por sorteio, de acordo com o total de UBS das regiões em estudo, as "tradicionais", as de Saúde da Família e/ou mistas.

A observação sistemática foi realizada durante uma semana, a fim de acompanhar a jornada de trabalho completa dos profissionais e a rotina das equipes.

Além dos membros das ESB, foram entrevistados alguns informantes-chave: Coordenadores de SB (ZC e ZN) e Coordenadores de RH (ZC e ZN).

A seguir, apresentam-se os roteiros das entrevistas, de acordo com os sujeitos entrevistados, e o roteiro da observação sistemática:

Membros das ESB

Roteiro:

- Processo de instalação / implantação do PSF (considerando os aspectos: política pública municipal *versus* política focal [Qualis, se fosse o caso]; modelo de atenção [programático / demanda espontânea / pró-atividade]; estratégias utilizadas [em RH e junto à área e população adscrita – ações, programas, estratégias de abordagem e cobertura]; universalidade; integralidade; acolhimento).

- Equipe: componentes e atribuições; processo e organização do trabalho.

- Motivos para trabalhar (grau e motivos de satisfação / insatisfação); dificuldades no trabalho; condições de trabalho.

- Percepções gerais.

Coordenadores de SB ou RH

Roteiro:

- Identificar os Programas de Capacitação que foram e/ou estavam em desenvolvimento.

- Descrever os objetivos dos Programas.

- Abordagem pedagógica utilizada.

- Descrever processos e resultados de avaliações de aprendizados, quando realizadas.

- Evolução dos Programas de Capacitação (desde a implantação do PSF).

Coordenadores de RH

Roteiro:

- Mapeamento da situação dos RH em SB (tipo de vínculo, tipo de contratação, trabalho na instituição, tempo de trabalho na UBS e na ESB etc.).

- Identificação dos egressos (para seleção da amostragem para investigação).

Observação sistemática

Foi documentada por meio de um caderno de campo preenchido pelos pesquisadores. O olhar desses pesquisadores foi previamente treinado, considerando os objetivos propostos pela pesquisa. O trabalho de campo, entrevistas e observação sistematizada, foi realizado no período de agosto a novembro de 2007.

2. O MODELO ASSISTENCIAL TRADICIONAL DE SAÚDE BUCAL

As UBS com serviços de SB no modelo assistencial tradicional eram caracterizadas, sinteticamente, como estruturadas sobre o trabalho de um profissional, o CD; quando muito, com o apoio de um ACD, o que fazia com que o processo de trabalho fosse baseado no indivíduo. Nessas UBS podiam trabalhar de um até 12 CD, todos individualmente, quando possível com o apoio de apenas um ACD, o que era insignificante diante do quadro geral de profissionais de SB. Predominavam, em várias dessas UBS, instalações boas e adequadas a essa organização individualizada dos serviços. Numa delas, por exemplo, os consultórios estavam instalados numa ala que possuía dez salas: quatro salas de odontologia, uma sala para o compressor de ar que servia aos aparelhos de alta rotação dos consultórios, uma sala para realização de raios-X bucal, dois sanitários, e mais algumas salas com ocupação diversa. Havia instalações inadequadas em apenas uma das UBS pesquisadas. Os consultórios odontológicos eram antigos e do tipo tradicional, porém muitos deles estavam sendo trocados por novos, e eram organizados para o trabalho de um CD sem auxiliares.

Essa característica da organização do trabalho fazia com que esses profissionais desenvolvessem seu trabalho de forma autônoma e solitária, isolados do resto dos serviços oferecidos nas UBS. Numa das UBS pesquisadas, por exemplo, a sala da Odontologia ficava com a porta fechada, sem contato com a Unidade. O CD costumava ficar direto na sua sala, "pois cada um tem sua função".

Em outra UBS, o relacionamento com funcionários das outras áreas / especialidades da UBS, mesmo sendo boa, também era pequeno, pois exigia pouco contato, já que a ala da SB ficava meio separada do restante do "posto que, de manhã, é bem isolada".

Essa condição acabava por atribuir grande poder a esse profissional. Era o caso de um deles, em uma

das UBS, em que as consultas eram marcadas, diretamente, com o CD em uma agenda particular do consultório, após o que os pacientes se dirigiam ao local de agendamento eletrônico para oficializar a marcação no sistema de registro dos atendimentos da UBS. Este poder e controle sobre o processo de agendamento causavam, entretanto, muitos problemas quando havia necessidade de remarcações, dificuldades do sistema eletrônico de agendamento da UBS em confirmar o horário definido com o CD, eventuais encaixes etc., o que sobrecarregava o próprio profissional e complicava a rotina de agendamento da UBS.

O trabalho individualizado acarretava, também, sobrecarga de tarefas (não necessariamente de quantidade de trabalho, ainda que muitos deles se queixassem também disso). Um exemplo era o do acompanhamento e orientações que o CD dava sobre o uso de medicações, que devia ser retirada pelo usuário na farmácia, que voltava ao profissional para esclarecimentos etc., conturbando sua agenda / rotina.

2.1 Sobre a organização e o processo de trabalho

Do ponto de vista da gestão e do processo de trabalho desses profissionais, entretanto, os problemas eram mais claros e de menor complexidade, comparativamente aos enfrentados pelos profissionais inseridos nas estratégias de Saúde da Família. Isso não quer dizer que eram de relevância menor, fosse do ponto de vista individual desse profissional ou do ponto de vista do gestor local, fosse, ainda, quanto às atribuições que esse profissional tinha que desempenhar.

A opinião de um gestor municipal sobre a política de SB anterior, focada na criança, no pré-escolar, e compreendida como uma "política clara" expressou, exemplarmente, a situação de quem permaneceu no modelo tradicional, ou seja, a percepção desses profissionais foi de que, arrancados de sua área de conforto, encontravam-se desorientados, sobrecarregados, ou ambos.

> *"Antes existia uma política muito clara de Saúde Bucal – voltada à criança, ao pré-escolar. A Saúde Bucal era tratada no âmbito da Saúde na Escola. Hoje, eu acho que a gente não tem uma política muito clara; então, o Ministério da Saúde está investindo nesses Centros de Especialidades. Por outro lado a gente tem uma rede bastante deficitária para fazer clínica geral de Odonto. (…) Eu acho que o que está faltando, mesmo, é uma diretriz forte. Senão, você acaba dispensando e isso não dá impacto. É preciso trabalhar o impacto até pela escassez de recursos."*

No que se referia ao aspecto pessoal, a solidão do trabalho do CD do modelo tradicional de assistência parecia não incomodar, a não ser quando ocorria sobrecarga decorrente do excesso de demanda:

> *"A população atendida com saúde bucal está reprimida. A própria Auxiliar de Enfermagem faz uso do serviço da UBS, pois não tem condições de pagar particular."*

> *"De um ano para cá melhorou bem, marca, faz a triagem, atende, dá alta e chama outro. E tudo foi resolvido entre a direção e os funcionários."*

> *"Eu atendo um número grande de pessoas, faço o que é possível, vou na escola, não sei... pra melhorar?... não sei."*

Quando se referiam à sobreposição "antiga" das estratégias – programática, focada na saúde do escolar – e a atual, expandida para todas as faixas etárias da população, por exemplo, um CD citou que as vagas do mês eram distribuídas para as crianças, e que eram agendadas no balcão; eram 15 pela manhã e 15 à tarde, e o atendimento além da triagem era só para casos de emergência. Já para os adultos, dizia:

> *"agora como temos que atender adulto, faço uma triagem nos adultos que procuram tratamento e agendo, dependendo da necessidade."*

Isso revelou que o CD se mantinha "refém" da agenda anterior, inserindo a população adulta quase

que como uma obrigação. O mesmo profissional explicou que, mediante duas faltas dos adultos, a pessoa perdia a vaga, e justificou a adoção desse critério aos faltosos:

> *"é ruim porque agora fico parada, podia estar atendendo outras pessoas, por isso é que tem que colocar este critério."*

> *"temos que atender sessenta por cento de adultos e quarenta por cento de crianças no mês, mas os adultos faltam mais no atendimento e tem alguns que perdem a vaga e depois criam caso."*

Outro CD referiu que o atendimento de adultos era frustrante:

> *"a pessoa fica imensamente feliz quando começa o tratamento, mas precisa de uma prótese, de tratamento de endo, e você não tem onde encaminhar. O centro de especialidades que ia começar faz dois anos que está nisso, vai ser no posto da Vila Guilherme, mas até hoje não foi instalado."*

Poucos foram os que aprovaram, explicitamente, essa mudança de cobertura, da saúde do escolar / criança para jovens e adultos, inclusive.

> "*eu gostei porque vai abranger muitas pessoas. Você vai ajudar muito mais pessoas. Antes era muito restrito. Só as crianças; e os adultos ficavam a 'ver navios', né? Então eu achei muito bom ter essa mudança!"*

O trabalho de observação, realizado durante a pesquisa revelou, no entanto, o quanto esse profissional se desdobrava e dispersava, no decorrer do seu dia de trabalho. Era ele quem realizava todos os procedimentos clínicos nos pacientes, toda a preparação da sala e dos materiais, além de gerenciar a agenda dos usuários, intermediando esse agendamento junto à UBS, bem como encaminhava toda a agenda de atividades extramuros da Unidade como: o contato com as escolas, o agendamento das atividades de Procedimentos Coletivos (PC), o seu deslocamento com o transporte de materiais e objetos, a realização da ação coletiva etc. Isso fazia com que o CD se ocupasse de questões, muitas vezes, fora daquelas de sua atribuição / competência principal.

> "*o balcão que agenda. Eu faço tudo, só a esterilização que é feita na sala de esterilização pela enfermagem. Sou eu que lavo o instrumental, acondiciono."*

Durante uma observação, o CD tirou as luvas, lavou as mãos (que estavam com as outras luvas por baixo da primeira) e chamou uma jovem;

> *"eu tenho que fazer tudo o que ela faria* (referindo-se a um ACD)*. A biossegurança você tem que tomar... você tem que tomar os cuidados."*

Numa visita a uma escola para o desenvolvimento de uma ação coletiva, o CD arrumou tudo sozinho; procurou cadeira para colocar sua caixa, outra para colocar a planilha. Depois da orientação às crianças, distribuía pastas de dente para todos. Orientava-os em relação ao horário de escovação e os mandava de volta para a sala, pedindo que mais cinco crianças fossem liberadas.

A certa altura do trabalho, ele começou a ficar apressado, pois a escola faria uma comemoração da Semana da Pátria. Mais cinco crianças chegaram depois de algum tempo, ele repetiu novamente toda a sequência: exame, orientação sobre escovação etc. Quando terminou, o CD guardou a cadeira na cozinha da escola e retornou à Unidade. Ele guardou o material e avisou que seu dia de trabalho havia terminado e que já estava indo. Indagado sobre sua preferência, afirmou: "prefiro ficar no posto".

Em outra UBS, um CD considerou uma "loucura" trabalhar com as crianças, o que revelou a dificuldade de profissionais moldados no modelo assistencial tradicional, de base fortemente clínica, transformarem as suas práticas segundo modelos de atenção mais "abertos" – que envolviam estratégias de promoção aliadas à ampliação geracional do atendimento clínico.

Sobre outras dificuldades encontradas no trabalho, um CD, depois de uma pausa na entrevista, silêncio... respondeu:

> "*há um tempo andou meio ruim, mas agora, você vê, a gente recebeu um equipo novo. A gente tem recebido material regularmente... eu sinto falta de uma auxiliar.*"

A grande queixa dos CD recaiu sobre a falta de auxiliares, atribuindo a isso certo prejuízo no rendimento do seu trabalho.

> *"um pouco. É que me sobrecarrega mais, né? Tenho que fazer tudo; todo o trabalho meu e da auxiliar, sem dúvida que afeta a produção."*

Sobre o desenvolvimento do trabalho com o apoio de um THD, outro CD afirmou que considerava importante:

> *"sim, mesmo aqui no posto, nos grupos e na escola também. Você teve oportunidade de ir na escola... viu como é?"*

O trabalho individual, segundo eles, incomodava também no que se referia aos encaminhamentos dos tratamentos, especialmente quando se tratava da referência e contrarreferência em nível de média e alta complexidade.

> *"tem uma associação de dentistas, a APCD (Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas) que precisa de pacientes para tratamento de canal. Encaminho para lá, mas é particular. O centro de referência do idoso no Mandaqui mandou uma vaga para prótese em dois anos para maior de 60 anos. É muito pouco!"*

> *"A saúde está muito ruim. Não vou reclamar de salário, digo como um todo. Para raios-X, encaminho no posto do Parque Novo Mundo. As pessoas costumam ir; se for muito longe não vão, até porque o dinheiro do ônibus para eles faz falta. Só a gestante tem passe quando faz o acompanhamento."*

> *"O sistema de encaminhamento de referência dos pacientes que não tem pra serviços especializados. Aqui nesta região ainda não temos."*

Também havia queixas da contrarreferência. Um CD comentou que, no Pronto Socorro da sua região, eles tinham que atender, mas não queriam:

> *"empurram para o posto. Eles só querem atender acidentes, traumas, mas estão lá para atender dor de dente também."*

Em algumas Unidades, no entanto, o sistema de referência e contrarreferência parecia funcionar, como mostrou o depoimento a seguir:

> *"o atendimento se constitui numa odontologia básica: exame clínico com anamnese do paciente, cotejando as informações do prontuário com o que tem. Faz-se profilaxia e avaliação para encaminhamento dos pacientes. Assim, a Santa Casa atende as cirurgias de terceiros molares de difícil extração, identificados pelo Raio-X da UBS; assim encaminha-se com diagnóstico. O Pronto Socorro da Barra Funda, ao lado da UBS, também recebe encaminhamentos de cirurgias."*

Em outra UBS, o atendimento era básico – de abertura de canal, limpeza, obturações e extração dentária. Pacientes com problemas de canal eram encaminhados para tratamento na UBS Humaitá e uma Unidade do Estado na Rua Visconde de Itaúna, no Ipiranga. As questões de ortodontia, até os dez anos, eram encaminhadas para a UBS Humaitá. Para os adultos, sugeria-se a APCD. Para problemas de próteses, não havia lugar para encaminhar, já que não existiam serviços de referência.

Um último aspecto que pareceu incomodar os CD, no que se referia ao contexto individualizado do trabalho, dizia respeito às situações de tensão ou conflito com as coordenações, fossem as gerências das UBS ou as supervisões / coordenações da Área Técnica de SB.

"Tudo isto é a secretaria da saúde que coordena. Nós seguimos ordens. Antigamente era mais... assim, atendidos as crianças até 14 anos, agora não, agora é adulto, crianças, idosos sem restrição nenhuma."

Foi perguntado a um dos CD como a agenda de consultas, a divisão de trabalho e as tarefas eram definidas, ao que ele respondeu:

"tudo é definido pela coordenação. Em princípio (sobre não ter mobilidade) *não. Não, a gente se adapta às vezes à demanda do posto, né? Cada posto tem uma demanda diferente, mas geralmente as informações vêm tudo da coordenadoria, a gente procura seguir aquilo que a gente recebe."*

"no trabalho a gente tem que adaptar à realidade, o que o pessoal do gabinete, lá na SMS determina. Eles mandam agendar uma criança em quatro consultas, mas se você já agenda as quatro consultas, ele falta duas e vem na última, então eu prefiro agendar de um em um porque assim se faltar não prejudica tanto o agendamento."

Em algumas Unidades, ainda que o serviço de SB fosse organizado nos moldes de uma assistência que, na presente pesquisa, vem sendo chamada de tradicional, havia também equipes de PSF. Esse contexto, caracterizado como de Unidades Mistas, acabou promovendo outra dinâmica de trabalho, em que o profissional de SB foi incorporado numa outra dinâmica mais geral da UBS, que articulava o modelo assistencial tradicional ao modelo de Saúde da Família; assim os CD "tradicionais" desenvolviam algumas atividades das ESF como, por exemplo, reuniões técnicas mensais com as demais especialidades médicas. Em algumas delas, acabavam, inclusive, realizando reuniões técnicas específicas dos profissionais de SB, nas quais avaliavam o desenvolvimento do trabalho e estabeleciam prioridades de ação.

Indagados sobre o trabalho no PSF, um deles disse:

"eu gostaria (trabalhar no PSF). *Porque, além de ser um bom modelo, também a parte monetária é importante, porque você trabalharia só em um emprego o dia todo e você ganharia muito mais. Como meu caso, você tem que trabalhar em dois até três lugares diferentes para conseguir alguma renda mais ou menos, é complicado, difícil, muito mais cansativo... E é muito mais gratificante também, né, estar em contato com o povo, você vai aonde está o doente. Muito bacana."*

2.2 Caracterização das ações desenvolvidas e resultados obtidos

Uma vez que a agenda da SB se ampliou da saúde da criança e do escolar para o conjunto da população, e da clínica de consulta individual para as ações em grupo e coletivas, também a agenda e as atividades dos CD se ampliaram para atender o preconizado em âmbito da SB.

"... grupos! Têm grupos de gestantes, de crianças, então cada um faz sua parte, né, cada um contribui na sua área."

Em uma das UBS pesquisadas, havia um programa de prevenção ao câncer bucal que era realizado na Unidade durante as campanhas de vacinação; antes, realizou-se reciclagem com os CD a respeito das diferentes manifestações de câncer bucal.

Para as ações coletivas, em algumas Unidades, ficava afixado em painel, na parede do consultório dentário, o rol de escolas – e datas – que os CD tinham que cobrir. Em outras, essa atividade era realizada por estudantes de odontologia de instituição particular, que desenvolviam essas ações como tarefa de estágio válido para sua graduação.

Acompanhando essa agenda, havia toda uma preconização de controle e de avaliação das ações, baseada em mapas de produção e estratégias epidemiológicas de cobertura da população.

"Todo o nosso trabalho é anotado na ficha odontológica, transcrito no mapa diário e depois condensado e enviado primeiro às coordenadorias e depois às secretarias, não só atendimento da parte básica como também das ações coletivas. Isso é uma forma da Secretaria avaliar..."

Um treinamento de Tratamento Restaurador Atraumático (ART) foi feito para a identificação de crianças em creches com necessidade de limpeza dos dentes de leite cariados.

"A princípio foi orientado fazer o procedimento na própria escola, mas há muita dificuldade, pois as crianças são pequenas e as cadeiras não são adequadas, então encaminhamos para fazer no posto."

O CD que trabalhava nas UBS tradicionais obedecia a essas normatizações, realizando-as, no entanto, dentro dos limites possíveis ao desempenho individual. Nesse sentido, algumas (ou todas) dessas preconizações acabavam por ser realizadas mais como tarefa "burocrática", de cumprimento das normas, do que, de fato, como estratégias de controle e avaliação das ações, atendimentos clínicos etc.

Nesse sentido, havia pouca avaliação dos resultados obtidos, em termos de eficácia da ação / atenção. O que havia era mais a rotina de preenchimento desses instrumentos de avaliação, tendo em vista o controle de produção e dos gastos de materiais, do que a sua utilização como estratégia de avaliação da eficácia da atenção.

Durante a observação, um CD informou que faria um relatório das atividades na escola para entregar à coordenação de SB. Ele somava o número de crianças em relação ao risco de cárie que ia da letra A (baixo risco) até a letra F (alto risco). Em outra UBS, o CD usava o restante dos períodos de atendimento para preencher as fichas de produtividade e anotar na sua agenda os atendimentos da semana. Preocupavam-se em manter a agenda completa, a fim de cumprir a produção mínima exigida por profissional.

"Diariamente são agendados quatro pacientes e dois encaixes para cada dentista nos três períodos, mais que isso não tem instrumental."

Uma questão que apareceu no discurso dos profissionais desses serviços, e que revelou as dificuldades deles em trabalhar com problemas de ordem social característicos de contextos metropolitanos, era o perfil dos usuários. Havia certo preconceito / rejeição em relação à população que era atendida nas UBS. Alguns deles descreviam a população da área de abrangência da sua UBS como

"mendigos, moradores de rua, usuários de drogas, com problemas mentais e às vezes entram e não tem guarda e fica isolado..."

Segundo eles, esses usuários muitas vezes não obedeciam ao agendamento, vinham fora do dia marcado, queriam ser atendidos e se alteravam com quem os atendesse. Havia, também, os que davam **"valor"** (ao serviço prestado) e vinham direitinho. Sugeriam que deveria haver normas, como assinar um termo de responsabilidade de que compareceriam até o fim do tratamento, ou perderiam a vaga caso ultrapassem certo número de faltas.

Em outra UBS, as queixas recaíam sobre os bolivianos:

"Os bolivianos são os campeões de dentes estragados... Os bolivianos dão muito trabalho no posto! A comunidade está crescendo".

A população atendida morava na periferia e trabalhava nas proximidades da UBS. Havia referências à população da área de outro bairro vizinho, que também era atendida em uma das UBS pesquisadas. Em sua maioria eram peruanos, bolivianos, coreanos, com baixa ou nenhuma renda fixa, vivendo em condições precárias. Muitos deles tinham dificuldades de expressão, e só apontavam o local (onde doía) para o tratamento. Era difícil orientá-los nessas condições, afirmavam os profissionais.

Em geral, eram pessoas amedrontadas, porque estavam vivendo em clandestinidade. Muitos tinham filhos nascidos aqui. Os filhos dos moradores de cortiços ficavam sob cuidado de vizinhos, pois as escolas de Educação Infantil da Prefeitura, EMEI, e outras creches eram de meio período.

Alimentavam-se do que existia ou encontravam, e mesmo a escovação era difícil de ser efetivada, já que os locais de uso coletivo, muitas vezes, era um tanque que servia, também, para outros usos dos moradores.

Um dos CD contou que optou pela UBS em que trabalhava por ter recebido a informação de ser uma área com menor risco de roubos e frequência de pessoas drogaditas, como ocorria na área de outra UBS da região.

2.2.1 Capacitação

Um dos dentistas relatou que ingressou no serviço público por concurso público, e começou trabalhando no terceiro período, na periferia. Naquela época, fazia-se um tipo de estágio com o CD mais antigo, que já pertencia ao serviço, para conhecer as rotinas e impressos do serviço público. Lamentou não existir mais esse tipo de prática para os novos profissionais, que estavam chegando às Unidades sem nada entender de serviço público. A opinião desse dentista era de que as pessoas que trabalhavam no serviço público deveriam ter informações a respeito do funcionamento do serviço e de suas relações com os distintos setores. Ter uma visão geral do atendimento odontológico com as consequências que acarretava para a saúde em geral: boa alimentação com dentes saudáveis, melhor absorção e estado geral mais propício à recuperação de outros estados patológicos.

Na ocasião do estudo, a Secretaria investia em capacitação por meio da educação permanente. Um dos CD referiu:

> *"cursos de reciclagem periodicamente... Temos. Atualização... como eles usam o termo... um curso de atualização."*

Achava muito positivo e disse*:*

> *"Acabamos agora em julho um curso. Muito bom. Odontologia na parte clínica e na parte teórica, também parte de educação, saúde pública."*

Estavam participando de um curso de atualização promovido pela coordenação de SB da SMS/SP, em acordo com o Polo de Capacitação Permanente do Ministério da Saúde. Todos os profissionais da rede tinham que assistir a esse curso de atualização, que foi dividido de acordo com as diversas Supervisões de Saúde das Coordenadorias de Saúde do município. Foi feito um cronograma para que todos os profissionais pudessem assistir ao curso. Assim também foi feito numa das UBS pesquisadas: divisão dos profissionais para que todos assistissem ao curso.

O conteúdo foi definido pela Coordenação de SB da SMS em conjunto com professores da Faculdade de Odontologia da USP e abrangia os seguintes temas: saúde coletiva, cariologia, flúor e as especialidades mais utilizadas na atenção básica, como farmacologia, endodontia, periodontia etc. Todos os profissionais da rede foram convocados para assistir ao curso de atualização; não foi opcional.

Segundo outro CD, a PMSP tem feito muita coisa no que se refere à atualização do conhecimento dos profissionais.

> *"Desde agosto comecei um curso na USP, que trata de questões relacionadas ao serviço público, não para consultório particular, direcionado para a ponta... vai ter um TCC para o final do curso"* (está achando o máximo, pois nunca tinha feito isso antes).

> *"nós estamos tendo desde o começo do ano uma capacitação relativamente boa, mas seriam necessários mais, mais cursos."*

A avaliação dessa capacitação incidiu sobre o conteúdo prático do curso:

"a parte assim... da prática. Que a gente viu mais teoria, teoria... seria bom que tivesse prática também."

"aula prática. Demonstrativa... pode ser no próprio serviço ou senão fora mesmo, outro consultório... uns especialistas..."

2.2.2 Vínculo institucional

Neste item, abordaram-se aspectos como a opção pelo trabalho, pelo tipo de vínculo (público, privado), a adesão ou aproximação ao modelo assistencial, bem como às questões de satisfação ou rejeição ao trabalho. Algumas dessas questões estavam articuladas a escolhas individuais ou opções de vida; outras relacionavam-se às condições de trabalho oferecidas, vivenciadas.

"eu ingressei (no serviço público) *em 1989. Concurso público do estado... do estado."*

Um deles afirmou que nunca se viu num consultório particular.

"Esta profissão não tem escolha... eu não tinha nenhum parente que fosse dentista. Eu achei que eu gostaria... que seria um ramo que eu gostaria de trabalhar, e no serviço público eu entrei pra ter uma renda a mais, né? Um trabalho a mais, além do consultório."

"eu escolhi odontologia porque era um sonho desde jovem. E trabalhar no setor público porque eu acho que é mais conveniente, porque o trabalho no consultório particular quando eu comecei não estava muito bem, tinha muito dentista, aliás, até hoje tem muito dentista. A concorrência muito grande e tem que pagar aluguel, secretária, muitas contas e no fim trabalhando para pagar essas contas. E já no serviço público não, você não tem essas despesas. E como eu passei em dois concursos ficava impossível trabalhar em consultório... Eu preferi ficar no serviço público."

Perguntado a um CD sobre a diferença entre o seu trabalho na área pública e em consultório particular, ele referiu diferenças:

"Com certeza. É muita diferença, porque você tem um tempo pro trabalho no seu consultório e no serviço público, não. Porque são muitas pessoas, você tem que trabalhar rápido, ainda mais sem auxiliar, que é pior, né?"

Em relação à satisfação com seu trabalho, a fala dos CD revelou compromisso com os usuários:

"satisfação que eu tenho é ajudar a quem precisa, né, quem necessita. E a minha frustração é de não poder fazer tudo o que essas pessoas necessitam, né, é essa a minha frustração."

"o que me agrada é que atinge várias pessoas, tanto pobres como classe média, inclusive. Vem até pessoas bem abastadas, né? E o que me deixa assim preocupado é que falta incentivo, tanto da parte financeira como da parte de material, material odontológico, equipamentos. Graças a Deus vieram agora dois equipos novos, tava precisando e a tendência é melhorar."

Havia certa insatisfação com relação à remuneração:

"razoável. Muito tempo que a gente não tem um aumento. Aumento salarial. Não é só aqui. São vários lugares, várias prefeituras têm esse problema."

Entretanto, tanto para os CD quanto para os poucos ACD que trabalhavam nessas UBS, a motivação maior ainda era o salário que, além de fixo, era maior do que o rendimento instável dos consultórios particulares ou os pagos pelos sistemas supletivos.

Diziam que se ganhava mais e que o horário não era puxado, principalmente porque não se trabalhava nos finais de semana.

Os ACD eram os que apontavam insatisfações com aspectos bem concretos do trabalho, como a falta de materiais e de segurança. Um deles descreveu as quatro salas dos dentistas da UBS em que trabalhava como produtoras de material contaminado, já que o material utilizado devia ser levado ao segundo andar da Unidade para lavagem e esterilização. Segundo esse ACD, a quantidade de material a ser transportado pelas escadarias era grande e pesada; além disso, esse mesmo profissional também limpava a sala de Raios-X.

Referiram-se a melhoras decorrentes de uma reforma, porém com ressalvas:

> *"... ganhamos equipamentos novos, que foi doado pelo Sírio Libanês, mas os materiais são antigos e em más condições de uso, já foram queimados várias vezes, havia problemas com a autoclave e são muito antigos também..."*

Entre as dificuldades encontradas no trabalho, os CD apontavam as relacionadas com falta de material.

> *"Deu uma melhorada agora, mas a dificuldade maior é o material humano, costuma dizer que aqui a gente chuta, cabeceia e corre para o gol, é tudo ao mesmo tempo! Tem muito problema social, tem atendimento de Pronto Socorro (PS), pois as pessoas não têm condições de ir ao PS. Afirma que a dentista atende gente do PSF, embora não haja dentista na equipe do PSF, porque todos são usuários."*

Sobre as condições de trabalho, verificou-se que em algumas UBS havia salas onde trabalhavam vários dentistas. Em geral, nessas situações, emergiam tensões, já que o número de profissionais congestionava o funcionamento da sala; outro foco de tensão era o uso dos equipamentos.

Numa das UBS, um CD comentou que faziam uma escala para decidir quem trabalhava no equipo pior, que era o do meio da sala, porque era onde o profissional tinha que levantar mais vezes para fazer qualquer coisa. Os outros equipos eram melhores, porque tinham tudo em volta, material, instrumental, não havia necessidade de levantar.

O que ocorria nas UBS de modelo "tradicional" era que os consultórios, muitas vezes, poucos ou apenas um, faziam com os CD tivessem que revezar seu horário de atendimento, ou congestionavam a sala.

Numa das UBS, o trânsito dos profissionais na sala durante o atendimento clínico era complicado; sem auxiliar para todo atendimento, precisavam interromper o que estava sendo executado, levantar, pegar o necessário e voltar ao atendimento. A sala não tinha facilidade de trânsito, já que não era espaçosa para comportar três equipamentos. E a falta da auxiliar piorava o fluxo do trabalho. Em outra UBS, onde não havia ACD, todos os procedimentos no consultório dentário eram realizados pelo CD, incluindo verificação de estoque de material e utensílios. Segundo o CD, faltava material esterilizado.

> *"... fundamental é a falta de auxiliar... porque nosso trabalho aumenta muito. Nós andamos na sala o tempo todo. A coluna começa a ser prejudicada, o andamento do trabalho... poderíamos atender muito mais pessoas com auxiliar."*

> *"A única dificuldade nossa é a falta de auxiliar, que é importantíssimo nós termos um ACD. A gente perde muito tempo até lavando instrumental. É um absurdo, né? Nós temos que atender o paciente, lavar instrumental, marcar retorno, então tudo isso o ACD faria pra gente, nós ganharíamos tempo, atenderíamos mais pessoas. É isso."*

Em outra UBS, não havia ACD na unidade; eram os CDs que limpavam os instrumentos entre um paciente e outro. As caixinhas com os instrumentais usados eram lavadas e esterilizadas pelas Auxiliares de Enfermagem, o que caracterizava desvio de função.

> *"São as auxiliares que dão esta força pra gente. Estamos pedindo ACD há muito tempo. Nunca trabalhei com ACD. Estou acostumada com a preparação das massinhas, mas a lavagem e esterilização é que seria necessário alguém para fazer."*

A Auxiliar de Enfermagem (AE) se manifestou:

> *"Tenho dedicado duas horas do meu trabalho para a saúde bucal, lavando material, pois nós não temos uma auxiliar de dentista. Então é feita uma escala todo mês, e tem umas que sabem trabalhar com o material, mas eu não conheço nenhum material, do jeito que a caixinha vem da odonto, eu lavo, tenho o cuidado de não misturar, embalo e coloco na autoclave. Depois que a autoclave fez todo o procedimento eu retiro e coloco na sala da dentista."*

Afirmou que os AE eram poucos para a quantidade do trabalho; aumentou a quantidade de usuários, e três AE se aposentaram e não vieram outros para substituir.

Em algumas das UBS, reformas estava sendo feitas e novos equipamentos tinham sido comprados, mas as condições de trabalho ainda não eram ideais.

Por exemplo, uma UBS havia sido reformada recentemente, e a sala de atendimento odontológico recebeu mobília e equipamento odontológico novo, mas apresentava infiltração de água de chuva em uma das paredes. O consultório possuía três janelas na parede que davam para a creche municipal e uma janela na parede das pias de granito com duas cubas de inox para uso exclusivo do CD. Havia sabonete líquido em dispensador próprio e toalhas de papel. A lixeira possuía tampa acionada por pedal. Uma caixa para revelação de filme de Raios-X estava disposta sobre o balcão da pia. Ao lado da cadeira de atendimento odontológico havia uma mesa-estante munida com rodinhas, onde estava acondicionado o fotopolimerizador e o aparelho de limpeza dental (Profi). Os aventais de chumbo e os protetores de tireoide adultos e infantis estavam dependurados atrás da porta em cabides de forma inadequada. O aparelho de Raios-X estava acoplado ao equipamento odontológico, que possuía um sistema de água fornecida por uma garrafa plástica que era cheia manual e diariamente pelo CD, diretamente na torneira da pia do consultório. O material odontológico estava acondicionado em papel próprio para esterilização e disposto em caixas metálicas individualizadas. Para cada atendimento, era utilizada uma dessas caixas. Ao final dos atendimentos, uma AE retirava o material utilizado (contaminado) e o levava para a sala de lavagem e esterilização. Não havia AE fixa para essa atividade, o trabalho era realizado pela AE que estivesse na escala da enfermagem do dia.

Sobre o trabalho em equipe, o comentário revelou conceitos pré-estabelecidos, restringindo-se ao domínio / troca de conhecimentos entre os CD:

> *"é difícil, mas é superimportante trabalhar em equipe porque um complementa o outro, por exemplo, são formados em faculdades diferentes, né, têm outras visões, os colegas têm outras visões e você vai aprendendo muito com isso."*

Opinião do trabalho com THD:

> *"Ah! Sim, a THD, é mais completa. O rendimento é melhor, você pode atender mais pessoas no tratamento. THD exerce outras funções, né, que o dentista não é necessário. Então já pode pegar outro paciente para atender enquanto ele vai tratando daquele. Você pega outro paciente."*

Uma questão que apareceu apenas com relação a profissionais de SB que trabalhavam no modelo tradicional de assistência se refere à jornada de trabalho, que apareceu como um foco de tensão na observação tanto dos profissionais de SB quanto dos demais profissionais (administrativos, que atendiam no balcão), pois existiam vários acordos internos relativos à jornada de trabalho. Alguns exemplos de acordo: o dentista do período vespertino trabalhava quatro dias semanais, compensando o quinto dia com uma hora a mais nos outros dias e aumento no número de atendimentos. Outro dentista trabalhava os cinco dias semanais, mas com carga horária menor do que o estabelecido, ou seja, sua carga horária era de quatro horas/dia, e ele cumpria três horas/dia. Isso gerava uma preocupação com a fiscalização da jornada de trabalho.

Havia uma queixa sobre o reconhecimento do trabalho do dentista. Um CD comentou que o que o deixava chateado era a pouca valorização do dentista, comparado com outros profissionais da saúde. Re-

cordou que, recentemente, havia ouvido no rádio uma propaganda a respeito de médicos irem às escolas, como um feito inédito e inusitado, e, então, ele refletiu que o dentista ia havia muito tempo às escolas, e que isso nunca fora ressaltado como uma coisa importante. As consequências eram: as diferenças nos planos de carreira, a não importância de contratação de auxiliares e de aquisição de materiais para o exercício da atividade.

3. O MODELO ASSISTENCIAL DA SAÚDE DA FAMÍLIA NA SAÚDE BUCAL

Na percepção dos profissionais de SB que trabalhavam no modelo assistencial baseado na Saúde da Família (PSF) e implantado em diversas UBS da cidade de São Paulo a partir de 2001, apareceram alguns aspectos comparativos ao modelo de atenção tradicional. Ressaltaram as diferenças, que foram: o trabalho em equipe, a pró-atividade do Programa e o vínculo empregatício.

Ainda que esses aspectos implicassem algumas dificuldades para esses profissionais no exercício do seu trabalho cotidiano, muitas delas eram decorrentes da sua inexperiência em função da formação graduada, predominantemente feita segundo o modelo tradicional; mesmo assim, eram esses aspectos, desafiadores, os que mais estimulavam os profissionais do PSF e promoviam a sua adesão ao serviço.

Na maioria das UBS pesquisadas, e que funcionavam nos moldes da Saúde da Família, as ESB estavam completas, senão totalmente, quase. Isso fez com que a própria percepção do trabalho (nos seus diferentes níveis: dos atendimentos, dos acompanhamentos etc., e em suas diferentes dinâmicas: o consultório, atividades intra e extramuros da UBS etc.) fosse diferenciada. Também, e em decorrência, a percepção do processo de trabalho se diferenciava. Ainda que houvesse muitos aspectos assemelhados aos processos estabelecidos nas UBS tradicionais, a simples atuação multidisciplinar da equipe de SB qualificava as questões do trabalho de outra forma.

A pró-atividade era o outro fator estimulante nesse modelo de atenção, ainda que muitas vezes identificada como a causa de sobrecarga de trabalho e/ou outras dificuldades vivenciadas, como ajustes em relação à população / usuários, o tipo de atividades que deveriam ser desenvolvidas etc.

O vínculo também apareceu como elemento estimulador, tanto pelo aspecto financeiro (remuneração) quanto pelas condições de trabalho (salas, materiais etc.) e, ainda, pela **relativa** estabilidade que a inserção nesses programas oferecia.

O que se verificou, na presente pesquisa, foi que, como as atribuições dos CD das UBS tradicionais foram ampliadas, não havia, entre eles e os que trabalhavam nas UBS / PSF, grandes diferenças, quer no tocante às atividades desenvolvidas, quer no tocante à rotina do trabalho. Nesse aspecto, o que mais diferenciava esses profissionais era o suporte de equipe com o qual contavam os das UBS com PSF.

3.1 Sobre a organização e o processo de trabalho

As atividades das ESB dialogavam com as atividades de todas as equipes do PSF: o atendimento clínico individual e os grupos de gestantes, de puericultura, de diabéticos e hipertensos etc., as Visitas Domiciliares (VD), as ações junto à comunidade – coletivas, tudo isso dirigido à cobertura da população da área adscrita.

O público dos grupos tinha prioridade no tratamento dentário. Tanto o CD como o THD e os ACD participavam desses grupos, de acordo com as suas áreas de abrangência, ministrando palestras sobre higiene bucal, fazendo triagem dos pacientes e agendando consultas para dar início ao tratamento.

Havia, também, visitas domiciliares. As VD eram, em geral, de dois tipos, realizadas por todos os CDs, THDs e ACDs, e cobriam uma determinada área e respectivos moradores.

O primeiro tipo de VD era aquela feita aos pacientes que não podiam ir à UBS. Um paciente impedido, por algum motivo, de se locomover era acompanhado em sua própria casa e, quando necessário, podia ser atendido com o equipamento móvel (ou equipo, como denominam os profissionais de SB)

que substituía os fixos, utilizados nos consultórios. Para a utilização desse equipamento, os membros da ESB afirmavam ser necessário um local adequado; não era em qualquer espaço que os procedimentos odontológicos podiam ser realizados, já que era preciso que fosse limpo, ventilado e iluminado.

Durante a pesquisa, um CD chegou à Unidade, verificou sua agenda, anunciou a VD e pediu que algum ACD providenciasse o equipo móvel. A equipe que o acompanhou na VD foi uma THD, uma ACD e o outro ACD, que foi especialmente para montar o equipo. Foram atendidos dois pacientes, um idoso com dificuldades de locomoção e outro que estava acamado, que era doente mental e havia passado por uma cirurgia recentemente. Foi na residência do primeiro paciente que o equipo foi utilizado. O atendimento do paciente foi feito no jardim da residência, pois os profissionais não tiveram coragem de fazê-lo no interior da casa, em virtude do estado precário de higiene local. Não era a primeira vez que a equipe atendia essa pessoa, e todos comentaram que, quando era necessário ir à casa desse paciente, era preciso um "preparo psicológico" por causa do cheiro da casa, tanto que a THD reclamou dizendo para a CD:

> *"Você não avisou que a gente vinha aqui e bem depois do almoço..."*.

O dentista respondeu que era uma estratégia para que a equipe tivesse a surpresa na hora e que todos o acompanhassem de boa vontade. Nesse paciente, foram realizadas restaurações, limpeza de tártaro e escovação.

O outro tipo de VD era aquela em que os profissionais da SB acompanhavam o Agente Comunitário de Saúde (ACS) na visita a moradores da microárea, desde que solicitado pelos ACS, em casos que julgavam ser importantes. Ao longo dessas visitas, algumas orientações eram feitas aos moradores, e novos encontros eram marcados. Em geral essas visitas tinham caráter mais educativo ou de acompanhamento de casos atendidos.

No geral, nas UBS / PSF, a rotina do CD estava dividida entre o atendimento aos pacientes agendados e os casos de urgência, as ações comunitárias, as reuniões com as equipes de áreas, a reunião com os membros da ESB e as VD. O CD era o responsável por atender a população das microáreas que compunham o PSF.

Todas essas tarefas eram organizadas e divididas de forma a estabelecer uma rotina de trabalho do profissional, e dele com a equipe. Nos períodos em que não havia pacientes, notou-se que os profissionais se ocupavam com alguma outra atividade. Podiam verificar agendas e prontuários de novos pacientes, preencher o mapa de procedimentos diários e/ou conversar com as ACS para informar-se de problemas da sua área de abrangência ou de algum problema dos pacientes, ou, ainda, para entregar o aviso de convocação de novas famílias cadastradas que iniciariam o atendimento.

O THD tinha como tarefas verificar e organizar as agendas dos dentistas; triar os pacientes da emergência; atender grupos de pacientes: de crianças, de gestantes, de adultos ou de idosos, para ações de profilaxia, orientação sobre escovação e fluorterapia; acompanhar os dentistas nas ações comunitárias e VD; atender os pacientes agendados; tirar raios-X dos pacientes, quando necessário, e, eventualmente, participar das reuniões de equipe das microáreas.

Os ACD auxiliavam os dentistas no atendimento aos pacientes em consulta, preparavam todo o material para ser utilizado, preenchiam o odontograma, atendiam pacientes na recepção, quando ocorria algum problema de agendamento, encaminhamento etc.; lavavam e embalavam o instrumental utilizado nos procedimentos; faziam a limpeza das cadeiras e dos equipos após cada atendimento; e acompanhavam os dentistas nas ações comunitárias e nas VD.

O trabalho "a quatro mãos", de acordo com a opinião desses profissionais, trazia agilidade aos procedimentos realizados pela Equipe, permitindo que mais pacientes fossem consultados pelo Dentista.

> *"(...) antigamente os dentistas trabalhavam sozinhos, sem o pessoal auxiliar. O que acontecia? Eles não conseguiam diminuir a demanda reprimida, aquelas listas intermináveis..., pois eles tinham que fazer tudo: desde a esterilização, até a limpeza da cadeira, a simples orien-*

tação, que era às vezes impossível dar aquela orientação individual, nós fazemos, você viu, aqui nos grupos. Era impossível ele fazer isso sozinho, então foi incorporado o pessoal auxiliar: o auxiliar de consultório dentário e o técnico de higiene dental."

Nas UBS / PSF observadas, verificou-se que, em geral, existia bom entendimento e boa comunicação entre todos os profissionais, o que, na opinião dos entrevistados, fazia com que o trabalho fluísse de forma bastante tranquila. Os momentos mais tumultuados eram quando chegavam os profissionais que iniciariam o trabalho do turno seguinte. Nessas situações, havia um movimento maior, pois era o momento em que todos os membros de todas as equipes se encontravam, mas que, normalmente, não afetava o atendimento, apesar da pequena confusão que se formava. Isso tudo durava em torno de dez a 15 minutos, tempo necessário para as pessoas chegarem, verificarem as agendas e assumirem suas tarefas.

Durante a etapa de observação do trabalho das equipes, verificou-se que, quando houve alguns desentendimentos entre os membros, os conflitos foram resolvidos sem a necessidade da intervenção de algum superior hierárquico. Em determinado contexto, uma ACD se alterou e gritou com a outra, que respondeu:

"Eu sei, já estou indo, não precisa me avisar que eu já estou cansada de saber que agora é minha vez de ficar na mesa."

Depois, o ACD disse:

"Aqui, ou a gente responde na hora, ou finge que não aconteceu nada, ou fica sem conversar até que a coisa volte ao normal, mas isso não pode interferir no trabalho!"

E a ACD se justificou:

"É muita gente junta, trabalhando num lugar apertado e muito tempo junto, por isso às vezes tem confusão mesmo. Mas no fim tudo se resolve. (...) A gente resolve conversando ou parando de conversar por um tempo."

Em apenas uma das UBS pesquisadas houve queixas sobre o espaço disponível nos consultórios dentários; no geral, entretanto, não houve grandes queixas sobre essas condições de trabalho.

O trabalho em equipe ainda era um desafio para esses profissionais. Ainda não existem nas graduações de odontologia conteúdos de formação dirigidos a esse tipo de processo de trabalho, apesar de ser, cada vez mais, uma condicionante, principalmente nos serviços públicos. A própria implantação dessa forma de organização do trabalho em SB também é relativamente recente. No entanto, o desafio tem sido enfrentado de forma positiva.

Sobre a divisão do trabalho na equipe, uma ACD comentou:

"entre as dentistas, entre as ACDs e THDs, cada um dentro das suas atribuições. É assim a nossa divisão de trabalho."

"No lugar onde trabalha bastante gente, tem que ter uma divisão de tarefas, sim, até para otimizar o serviço, e tem que ter escala. É complicado trabalhar sem escala porque fica muito... 'ah, isso eu não vou fazer, isso é fulano quem tem que fazer'. Pelo menos se tem escala... a gente já passou por vários problemas, a gente já teve equipe muito grande, com quatro auxiliares por período e uma THD. Então, no total eram oito auxiliares, muita gente, e no final acabava sempre umas sem fazer nada e outras fazendo muito. Então a gente resolveu dividir as tarefas e fazer escala. E até rodízio também, porque, às vezes, é complicado trabalhar muito tempo sempre com o mesmo profissional. Por isso a gente faz o rodízio das cadeiras e, a cada semana, você fica com um profissional e não cansa de ninguém."

"Todo o procedimento que a THD faz é sob a supervisão do dentista. Tudo o que a gente faz, o dentista tem que estar lá para supervisionar. Então, a gente está ali para ajudar. Eu até costumo falar, como naquele dia em que eu fui

à USP conversar com os alunos; que a gente não está ali para tomar o lugar de ninguém, a gente está ali para ajudar. Se for comparar o trabalho de uma THD com o de uma auxiliar de enfermagem, este é muito mais complexo, porque a gente não faz procedimento invasivo e a auxiliar de enfermagem faz – ela punciona a veia, ela coloca sonda. O trabalho dela é bem aceito. E a gente não faz isso. Mas o trabalho que a gente realiza também é muito importante para a dinâmica de trabalho. A gente consegue baratear o tratamento porque a gente consegue atender o paciente mais rápido: enquanto o dentista já está atendendo outro paciente, a THD está fazendo aquele procedimento. Além de ser um trabalho de qualidade, porque você pode dar uma atenção maior na parte preventiva – e isso é muito importante, a parte preventiva desse paciente. E tudo isso pode ser feito pela THD, então eu acho que ela veio só para ajudar."

Na rotina do trabalho, entretanto, havia momentos em que as funções de cada um se misturavam, se sobrepunham; ou, ainda, quando algum dos profissionais faltava ou estava em trabalho fora da UBS, ficava uma lacuna. Nesses momentos, era necessária uma readequação das atribuições dentro de uma mesma equipe. Uma das THD, questionada se não se importava em executar uma função abaixo de suas atribuições, quando era necessária a substituição de um ACD, respondeu:

"... para mim não tem problema nenhum, faz a equipe funcionar, tem que ficar cobrindo."

Alguns THD achavam que os dentistas os subutilizavam:

"a produção deles (dentistas) *poderia ser mais. Porque assim... os dentistas estão aqui, eles são meio fechados em relação à THD. Então, se eles utilizassem mais as THD na cadeira, acho que a coisa melhora. Mas acho que não é só aqui. Isso é uma coisa da profissão que ainda não é bem aceita, é meio fechada... Aqui a gente* (referindo-se ao THD) *ainda senta* (o paciente) *na cadeira. Tem alguns lugares que nem sentam. Se os dentistas passam a gente faz, se não, a gente não pode fazer."*

Quando indagadas sobre a hierarquia nas equipes, as respostas chegaram a ser opostas:

"Eu tenho um problema muito sério com hierarquia. Eu tenho problemas dos dois lados, para cima e para baixo. Porque para mim todo mundo é igual. Então eu não consigo e isso daí eu tenho que aprender. Esse é o meu maior defeito aqui dentro, eu não consigo ver meu superior como chefe... A hierarquia é muito difícil para mim. Eu sei que ela existe, eu sei que tem que ser respeitada, mas eu nunca consigo tratar minhas ACDs e as THDs, que teoricamente, teriam que me obedecer. (...) Para mim todo mundo é igual, trato todo mundo igual, paciente, o médico, enfermeira. Não é porque o outro estudou mais que vai ser uma pessoa diferente para mim. Ele pode mandar em mim, mas para mim ele é a mesma pessoa. Não tem diferença nenhuma, eu trato todo mundo igual."

Já outro CD relatou:

"Eu acho que a hierarquia ajuda a organizar melhor o serviço, não que seja uma coisa taxativa. Mas eu acho que de uma certa maneira... até pelo conhecimento científico, que para a organização do serviço é importante essa hierarquia sim. (...) porque quando você vai passar um tipo de experiência ou delegar algum tipo de trabalho, às vezes as pessoas que são mais antigas no serviço que você, às vezes encaram isso como um enfrentamento, um papel autoritário. (...) Acho que tendo respeito, acho que tudo que a gente vai falar de uma maneira clara. Expor e não impor as coisas, mas acho que se a gente expor os objetivos as pessoas acabam absorvendo."

"Porque você sempre imagina que a pessoa que está mandando em você, geralmente, ela costuma ser uma pessoa meio que inimiga sua. Você não olha com bons olhos aquela pessoa que te manda o tempo todo. Então quando você tem o laço da amizade isso fica meio distorcido pela amizade, mas existe sim um respeito com as profissionais."

E uma das ACD respondeu:

> *"Eu não tenho dificuldade, é a primeira vez que eu trabalho com THD, no começo eu ficava meio perdida eu não sabia que atitude tomar, porque eu vim de uma unidade em que eu trabalhava sozinha sem THD, então eu tinha autonomia para resolver, aí eu fiquei meio com dificuldades, não sei o que posso e o que eu não posso fazer. Mas agora já está tranquilo, a gente se ajuda. Às vezes uma está precisando de ajuda e a outra dá a força que pode no momento... eu respeito sim, a hierarquia."*

E a THD completou:

> *"É uma hierarquia natural, bem natural."*

Um dos CD referiu que, durante o atendimento (ou também nos grupos), sempre que aparecia algum caso em que o diagnóstico não era conclusivo, se reunia com seus colegas e discutia para avaliar o melhor procedimento a se adotar, qual a melhor conduta. Isso aconteceu duas vezes durante a pesquisa. Questionada se isso era uma atitude usual, a CD confirmou, dizendo ser importante que se discutissem determinados casos, pois, além de melhorar a integração da equipe, outros profissionais já podiam ter visto e tratado casos semelhantes, o que fazia com que se agregasse mais conhecimento – individual e na equipe.

Quanto ao relacionamento da ESB com as demais equipes do PSF, parecia não haver qualquer problema grave. Entretanto, ajustes se fizeram necessários, já que nessa esfera do trabalho estavam envolvidas muitas pessoas, de formações muito diferentes, além da relação com a população. Um CD disse:

> *"Na verdade você tem uma dificuldade... porque é um trabalho que não é individual. Você tem que ter uma cumplicidade de todo mundo. Nós dependemos do trabalho da equipe de PSF, das agentes comunitárias, das enfermeiras, dos médicos, que dependem da estratégia do posto."*

Ao longo da observação e nas entrevistas, confirmou-se certa unanimidade na opinião dos profissionais quanto à eficiência desse programa e quanto à integração da ESB com o restante da UBS.

> *"O paciente tem três portas de entrada para conseguir atendimento comigo. Ele consegue entrar ou através do risco individual ou grupo, ou através do risco familiar, ou através da urgência, que é um caso muito, muito pontual. (...) A primeira porta de entrada é o grupo e para mim é a mais importante. No grupo o paciente escuta a palestra, ele não tem a vaga imediata, porque eu nem tenho pernas para isso. Então, ele escuta a mesma palestra, que não é sempre iguala, mas ele escuta a mesma coisa. Eu falando, o médico falando, a enfermeira falando mil vezes. Uma hora ele vai se convencer de que o, que a gente está falando tem algum sentindo. Por mais que ele não tenha uma mudança de hábito, ele vai ver que está todo mundo falando a mesma língua. E vindo no grupo, eu vou acompanhando a evolução dele. Cada vez que ele vem no grupo eu avalio, aí eu classifico os pacientes referentes aos níveis de cáries. Se é um paciente de alto, baixo ou médio risco. Essa classificação me ajuda na hora de montar a agenda. Porque na hora de montar a agenda, num dia eu não vou colocar só pacientes de alto risco, porque senão no final do dia eu vou estar cheia de dor nas costas e não vou ter material suficiente."*

> *"Esse risco familiar é discutido em reunião de equipe. Então, o médico, a enfermeira, eu e todos os agentes comunitários, a gente discute quais são as famílias que a gente considera que sejam de maior risco familiar. E para surpresa, as famílias de maior risco familiar que são as que têm desemprego, criança fora da escola, analfabetismo, história de drogas e tudo mais, não são as que têm maior risco de cárie. E a terceira porta de entrada é a urgência, que é muito pontual. Então o risco familiar deve ocupar uns 15% da agenda e as urgências uns 5%."*

Os depoimentos revelaram que havia uma readequação das estratégias de PSF pelos profissionais de SB e, mais, uma readequação dessas estratégias no sentido de ajustá-las às dinâmicas específicas do trabalho odontológico. Quer dizer, as ações e estratégias de

PSF e SB se complementavam e rivalizavam, simultaneamente, no cotidiano do trabalho das equipes.

Um exemplo foi o caso de uma das UBS em que, apesar de cada uma das equipes ser responsável pela cobertura de atividades em sua área de abrangência, havia uma divisão do trabalho entre o conjunto dos profissionais de SB da UBS, o que transgredia essa normatização: a constituição formal das equipes habilitadas pelo PSF. Nessa UBS, os pacientes mais antigos de uma determinada área, e que já faziam tratamento, eram tratados preferencialmente com o dentista de sua escolha, indicando uma adequação da Saúde da Família ao modelo assistencial tradicional. No entanto, essa organização não era tão rígida, uma vez que, se o paciente não pudesse ir à UBS no mesmo horário em que o "seu" dentista atendia, ele podia ser atendido e fazer o tratamento com outro. Quer dizer, o ajuste – modelo tradicional *versus* modelo de Saúde da Família, nessa Unidade, promoveu uma terceira modalidade assistencial, híbrida.

> *"Eu acho que a cobrança era muito grande quando o agente comunitário era quem dava a vaga e que escolhia quem viria para o posto. Então ela* (a ACS) *sofria um impacto muito grande da população. A partir do momento em que isso parou e começaram a chamar por família de risco, então, não caracteriza mais que é o agente comunitário que está dando a vaga e sim, que é o dentista que está avaliando a família, o dentista que está avaliando aquela criança no grupo, ou que está avaliando numa outra atividade que seja na comunidade. Então, o dentista está decidindo quem está em mais em condições de estar vindo para o tratamento e quem pode esperar um pouquinho mais... Eu acho que a comunidade toda tem o direito de estar tendo o acesso."*

> *"Eu acho que esse elo, principalmente, do agente de saúde trazer para a gente os casos, acho que ajuda bastante. Eu acho que ajuda bastante. A gente acaba mais inserida na família. Não só por parte da odonto. Às vezes vem um paciente e passa lá no serviço médico, por exemplo, de lá ele acaba apontando a queixa de uma dor. O médico desce com o paciente e a gente procura saber se participa de algum grupo de hipertenso, diabéticos. Eles vêm por todos os meios e não só pelas agentes de saúde."*

Também havia queixas da ação dos ACS. Alguns profissionais das ESB culpavam os ACS pelo baixo comparecimento de pessoas da população nas atividades dos grupos e pelo fato de que, depois, essas mesmas pessoas acabavam por procurar o serviço de Odontologia, "brigando" para serem atendidas.

Isso talvez ocorresse não apenas em decorrência da forma de convocação da população feita pelos ACS, mas pelo fato de que o trabalho das ESB se caracterizava por ser bastante normativo. Isso fazia com que as atividades de SB fossem, no contexto do PSF, uma das mais caracteristicamente "programáticas", ou seja, aquelas que eram obedecidas por todos os profissionais. Nesse sentido, a presença nos grupos era fator determinante, senão obrigatório, para o posterior atendimento odontológico. Era no grupo que se avaliavam os casos clínicos por gravidade (risco), triando-os; ali também se avaliava a situação da família e sua condição de acompanhar o caso; era ali que se garantia a estratégia da higiene bucal regular (etapa preventiva do tratamento). Isso tudo sem falar no fato de que o indivíduo recebia o tratamento completo sob a condição de se submeter à essa lógica organizativa do serviço.

Havia certos dias em que os CDs participavam da reunião de área. Além do dentista, participavam todos os agentes comunitários, a enfermeira e a médica de PSF responsável pelo atendimento da microárea. Os temas abordados, em geral, eram sobre as famílias cadastradas, o número de famílias ainda não identificadas, pacientes acamados, visitas domiciliares, e algumas estatísticas como as das gestantes, de hipertensos, de diabéticos, de doentes mentais e de recém-nascidos.

O acompanhamento das atividades de grupo era bastante importante e envolvia a interação de todos os profissionais como, por exemplo, o caso das crianças que, após serem atendidas pela equipe de pediatria, passavam pelo CD que as examinava e orientava as mães quanto à higiene bucal. O mesmo ocorria com o grupo de hipertensos, nos quais os pacientes eram atendidos pela enfermeira e pela médica e depois tinham sua pressão e glicose aferidas pela atendente. Só então eram examinados pelo CD.

Num grupo de idosos, a grande maioria dos pacientes usava prótese total e estranharam que o dentista

quisesse examiná-los. O CD explicou, então, que o dentista não tratava apenas dos dentes, mas da saúde bucal, e reafirmou que mesmo o paciente que usava prótese deveria visitar o dentista periodicamente para fins de acompanhamento.

Esse mesmo CD relatou a importância de sua presença nesses grupos, pois esse contato facilitava a aderência do paciente ao tratamento. Contou que esse tipo de atitude (acompanhar regularmente diferentes grupos) teve que ser autorizado pela gerência, pois não era uma rotina do PSF, e que nenhum de seus colegas – CDs – atuava da mesma forma. Segundo ele, os demais dentistas atendiam os pacientes enviados pela clínica médica e não se interessavam em conhecer previamente o paciente. Perguntado se não houve resistência por parte das equipes, afirmou que no início sim, especialmente das atendentes, mas que os médicos e as enfermeiras o acolheram muito bem. Disse também que não se interessava apenas pelos dentes do paciente, mas pela sua saúde.

> *"Aqui tudo é decidido em equipe. Dentro do PSF eu tento seguir todas as diretrizes certinhas do SUS, do que está escrito na constituição... que saúde é direito de todos, dever do Estado, eu tento seguir tudo bonitinho. Todos os princípios de universalidade, equidade, integralidade... Eu, a partir do momento que entrei no posto, eu não quis ser igual a todo mundo, quis fazer o que eu acreditava que daria certo. Então, eu me inseri na equipe de fato, eu participo de todas as decisões que são tomadas dentro da minha equipe. Aqui no posto cada dentista tem a sua equipe, eu tenho duas, a equipe 5 e a equipe 7. Eu tento trabalhar junto com a equipe. Só que eu também estou dentro da equipe de bucal, então ao mesmo tempo eu tenho que respeitar uma rotina da equipe de bucal."*

As reuniões de equipes variavam bastante de unidade para unidade, tanto na sua regularidade quanto na participação dos profissionais e nas questões abordadas. Algumas UBS tinham a rotina de realizar uma reunião de equipe uma vez por mês. Nesse dia não havia atendimento, e todos os profissionais deviam estar presentes, pois se discutiam os problemas de trabalho e de relacionamento na equipe.

> *"Fazemos reunião uma vez por mês para lavar a 'roupa suja'. Muitas das reuniões nem tem 'lavagem de roupa suja', é mais planejamento mesmo para o próximo mês, para ver como vai funcionar um grupo, como vai funcionar o fechamento do mapa, coisa que não podem estar esquecendo, coisas que não podem estar falando, a gente tenta mais se organizar aí."*

> *"todo o planejamento, sempre aparecem montes de nós críticos durante o percurso dele. Então, vira e mexe a gente tem a sensação de que faz o planejamento da ação, mas de acordo com o atendimento, com a demanda, esse planejamento acaba se perdendo. Aí, nas reuniões a gente senta, discute de novo para rever, porque sempre um ou outro nó acaba surgindo. Então a gente tem que estar sempre revendo e tentando arrumar uma estratégia para poder pôr em prática esse planejamento."*

Em uma das UBS objeto desta pesquisa, desde a mudança de CD contratado no modelo tradicional para o de horário integral, havia cerca de dois anos, as reuniões mensais ou bimensais que ocorriam na ESB deixaram de existir. A equipe participava das reuniões semanais das equipes de PSF, mas não fazia reuniões próprias, internas, da ESB. Isso colaborou para o aumento de poder do CD dentro da ESB, uma vez que era ele quem tinha maior interface com as equipes de PSF e responsabilidade técnica pelos demais; isso contribuiu para falta de um espaço interno de discussão. Não se abriu espaço para as percepções dos outros integrantes, tais como as THD, sobre o declínio dos grupos de escovação. Por outro lado, era importante que a ESB se misturasse à ESF como um todo, rompendo a tradição das ESB, sempre isoladas das demais especialidades, quase que numa estrutura própria.

Tanto as ACDs como a THD reclamaram da falta de reuniões.

> *"Uma vez por ano é colocado o planejamento. Então cada um de nós participa da reunião de uma equipe. No final do ano vai saber se foi bom aquele planejamento, se tem alguma coisa que pode mudar para melhorar. A unidade para uma semana inteira e faz um planejamento para a UBS inteira. Antigamente se fazia*

reunião mensal da equipe da odonto. Mas ultimamente, como estão rodiziando muito os profissionais, os dentistas estão mudando muito..."

Em outra UBS, os CD coordenam o processo de reuniões junto às suas equipes:

"Nós temos as nossas reuniões com as equipes de saúde da família semanais, em dias fixos estipulados num calendário anual. Fora isso nós temos a nossa reunião com o responsável da saúde bucal, ou da Prefeitura ou do parceiro, que de tempos em tempos ele vem, aí nós dependemos da agenda dele. E nós temos as nossas reuniões com a nossa equipe e com a diretora da unidade (normalmente a cada três meses)*."*

Outro problema – ou nó – que emergia nas reuniões de equipe era a questão do acolhimento. Os dentistas se queixavam de que os ACD e as THD não conseguiam negar atendimento, o que fazia com que ficassem sobrecarregados. Mas um dos dentistas admitiu que nem eles conseguiam negar atendimento:

"... vocês (dirigindo-se às ACDs e THDs) *são muito moles e não conseguem mandar o usuário embora, mas nós também somos. Vocês chegam e perguntam se dá para atender e nós não conseguimos dizer não."*

Uma das ACDs se manifestou dizendo que elas receberam orientação de acolher todos os pacientes que batessem à porta do consultório. Um dos dentistas falou que seria necessário voltar ao sistema de sempre, em que o paciente chegava cedo ao consultório, passava por uma triagem e era atendido; e que seria necessário limitar o número de pacientes em quatro, que era o atendimento máximo por dentista por dia. As urgências que fossem aparecendo ao longo do dia só seriam acolhidas se realmente graves; caso contrário, o paciente deveria retornar no dia seguinte bem cedo e tentar novamente o atendimento. O problema da dificuldade em resolver o acolhimento, na realidade, tinha a ver com o excesso da demanda (de adultos e idosos) e com a tradição de uma modalidade de atenção baseada numa agenda diária meio agendada, meio urgências, como o sistema ao qual o CD se referiu.

Algumas rotinas administrativas de acompanhamento do processo de trabalho das ESB não pareceram fazer sentido para os profissionais, como, por exemplo, o preenchimento dos mapas de produção.

Um CD falou do preenchimento dos mapas, formulando muitas críticas ao documento, ao seu preenchimento e à efetiva utilização dos dados ali contidos.

"E o mapa, que é uma coisa louca. Eu não sei para que tanta informação se ninguém usa esse dado. Se tivesse uma função, se aquele dado servisse para poder planejar, executar melhor o trabalho, beleza! Mas não é. E se alguém usasse para alguma, eu preencheria com mais prazer. Primeiro não existe uma calibragem para o preenchimento, eu aqui marco de um jeito, o outro dentista lá do posto da esquina marca de outro. Então, meu dado fala uma coisa, o dado dele fala outra, então, quando você junta os dois dados, quem lê está lendo uma terceira coisa. Então, além de cada um marcar como bem entende. Eles mandaram um manual para explicar como se marca, mas esse manual é horroroso. Você tem dúvidas, o manual não te explica. Aí você liga para quem escreveu o manual, e a pessoa também não sabe. Então é complicado, porque cada um marca do jeito que quer, os indicadores vêm cada um de um jeito, quem lê o mapa não está aqui no dia a dia. Porque, às vezes, aparece que eu atendi 30 pacientes e o outro dentista atendeu 15. Mas isso não quer dizer que eu seja melhor profissional que o outro, pode ser que os outros 15 dele simplesmente faltaram. E isso não consta no mapa. Eu acho totalmente furado e depois é dado demais para ser preenchido. Ele tem a função de repasse de verba, dali eles veem quanto que a gente gasta de material para poder repassar verba. Mas até para isso ele é furado, porque tem procedimento que ali não tem, que eu uso material. Tem muito procedimento que ali tem e que eu não faço. Então eu acho esse mapa horroroso..."

O mapa de produção da UBS resultava de outros mapas, diário e mensal, feitos por todos os profissionais, e tinha o objetivo de contabilizar a produção

dos dentistas, dos ACD e THD, bem como de estabelecer o controle dos procedimentos realizados pelas equipes de SB como um todo.

> *"A gente faz um mapa diário e no final do mês todos os dados são consolidados e a gente passa para um mapa só, consolidado, de toda a equipe de saúde bucal. Toda a produção."*

E uma ACD disse:

> *"Existe um mapa de produtividade individual tanto para ACD, CD e THD. Todos têm um mapa."*

Questionada sobre o que era contemplado nesse mapa, respondeu:

> *"A gente justifica no mapa as horas de trabalho, tem lá horário de cadeira, horário de mesa, de ações coletivas de grupo, de VD e são justificadas as oito horas* (de trabalho)*, dentro desse mapa."*

Segundo os profissionais, a pressão pela produtividade, que se expressava nos mapas de produção das ESB, interferia no trabalho, provocando mudanças no processo de trabalho, às vezes negativas.

Uma atividade em escola, por exemplo, pesava muito na produção da equipe. Cada procedimento executado em cada um dos alunos era contabilizado. Ou seja, para uma sala de 30 alunos, eram contabilizados 30 procedimentos educativos. A escovação assistida com a mesma sala contabilizava mais 30 procedimentos, e com a triagem, mais 30. Com isso, o número de procedimentos realizados nos dois dias de visita à escola era três vezes o número de alunos. Desse modo, os procedimentos efetuados na escola foram matematicamente distribuídos entre os profissionais da equipe. Após o término das visitas e depois de a THD ter totalizado o número de procedimento por tipo (escovação assistida, palestra, triagem), o CD, responsável pelo preenchimento do mapa da equipe, fazia a distribuição entre os profissionais de forma equitativa. Toda a equipe participava da visita à escola, logo não havia ninguém que tivesse um procedimento não executado sendo contabilizado. Porém, nem todos participavam, por uma questão de agenda da clínica, de forma igual. A distribuição equitativa no mapa dos procedimentos efetuados na escola garantia, para a equipe, a tranquilidade de construir a sua agenda sem que ninguém ficasse prejudicado por "baixa produtividade", caso ficasse na clínica. Essa prática revelava aspectos paradoxais, inclusive o fato de que a atuação coletiva na escola não "privatizava" os resultados, quer dizer, essa produção não ficava como patrimônio apenas de quem a realizou, mas passava a ser resultado do grupo, da equipe como um todo.

Atividades educativas também eram desenvolvidas nas dependências das UBS. Numa delas havia um "escovódromo" que foi desativado; transformou-se em depósito. A própria THD lamentou o fato.

> *"Antes, alguns anos atrás, usávamos muito. Nós tínhamos dois grupos de pessoas que vinham fazer a escovação: às dez da manhã e às quatorze horas. Mas são os CD que olham as condições da boca do paciente e encaminham. Você deve estar pensando quantas pessoas vinham nesses grupos. Isso é muito relativo, às vezes vinham oito pessoas, às vezes seis..."*

> Entrevistador: *"Então, só para eu entender, a orientação de escovação ficou mais com você individualmente. Quando um paciente inicia ou termina o tratamento ele passa na sua cadeira e você, individualmente, faz a orientação?"*.

> THD: *"Isso. Agora, quando a THD percebe que o paciente não assimilou as suas explicações ela também pode encaminhar o paciente para os grupos de escovação. Hoje não tem e como a frequência dos grupos começou a diminuir, eles começaram a utilizar o espaço do escovódromo como depósito."*

Sobre a relação da ESB com a ESF, uma das CD afirmou que, apesar de estar bem integrada, havia

algumas resistências que necessitavam de ajustes.

> *"Eu insiro a THD e a ACD que me acompanham nas reuniões de equipe. Só que, com isso, eu crio um problema dentro da minha sala. Quando eu levo a THD, todo mundo fica me olhando torto, porque acha que ela não tem que ir para reunião de equipe. Mas eu acho que ela tem que ir sim. Porque ela também vai ter que atender o paciente e é ela quem cuida da minha agenda."*

Entretanto, as ESB se sentiam, no geral, bem integradas.

> *"Eu acho que a inserção da inserção da equipe está bem adequada. Acho até que as equipes cobram bastante da gente a participação em reuniões. Devido à demanda, às vezes a gente não consegue se dividir, mas as meninas, tanto as THD como as ACD acabam representando a odontologia. A gente tenta se fazer presente em todas as atividades, por mais que o cirurgião dentista não possa estar, as meninas sempre tentam estar representando a odontologia. Eu acho que para a comunidade esta inserção também é muito importante. . Porque a adesão acaba aumentando, como o acesso à odontologia é mais difícil, então esse paciente também, acaba sentindo motivado a vir e a participar mais das atividades. Então, eu acho que a inserção da saúde bucal tem um peso grande."*

A THD acreditava que a inserção da ESB frente às outras equipes da Unidade ocorreu devido às reuniões de planejamento anual. Disse que, antes disso, a equipe de SB ficava isolada do resto do posto.

> *"No começo não estava* (integrada)*, agora está. Como o dentista trabalha com uma área, agora os médicos vêm chamar para grupos, se ele não vai no grupo, eles reclamam."*

> *"No começo era bastante distante a relação da gente com o restante do posto... Entraram muitos agentes comunitários aqui e eles tinham um certo preconceito com a gente aqui. Porque a gente não se entrosava com eles e seriamos assim os metidinhos da casa, mesmo sem a gente ser. Mas, conforme foi passando o tempo, as dentistas foram se integrando as equipes, eles foram conhecendo o nosso trabalho. Hoje eu acho, na minha opinião, que a gente é visto diferente por eles, reconhecidos diferentes por eles. Antigamente eles até achavam que a gente barrava eles na nossa sala, mas não era. Era tudo uma questão da gente planejar melhor."*

3.2 Caracterização das ações desenvolvidas e resultados obtidos

A grande queixa recaiu sobre a demanda. Segundo os depoimentos, com tamanha demanda, ficava impossível estabelecer vínculos com os pacientes.

> *"O PSF está preocupado com vínculos, de a gente estabelecer um vínculo com o paciente, com as famílias. Às vezes, nos dias onde a gente tem um número grande de pacientes, chega a ser humanamente impossível o profissional conseguir estabelecer esse vínculo. Garantir essa aproximação com o paciente quando você tem um número muito grande de pessoas. A gente ainda consegue um pouco isso, porque a gente ainda sai um pouco, vai nas casa, participa de grupos, às vezes até consegue um contato maior. Mas acho que esse número, essa proporção de atendimentos ainda deixa esse objetivo do PSF um pouquinho mais difícil."*

A opinião de um CD foi exemplar:

> *"Eu acho que a dinâmica de trabalho é boa, mas de uma certa maneira a gente acaba se perdendo um pouco, em relação à demanda reprimida de muitos anos, principalmente em saúde bucal. Saúde bucal antes era oferecido só para crianças ou gestantes. Hoje você tem uma unidade aberta para todo ciclo de vida. Então, às vezes acaba se perdendo um pouco na hora de priorizar, a cobrança da população... e então isso acaba dificultando um pouco a organização do trabalho."*

Segundo ele, no papel, a dinâmica de trabalho

proposta pelo PSF era muito boa; na prática, porém, ficava impossível realizar em função da demanda populacional.

> *"Como não é o município inteiro que tem o PSF, existem unidades mistas, existem unidades que são só unidades básicas, então isso atrapalha. Eu acho que tinha que ser um modelo só para todo mundo. O PSF deveria estar implantado no Brasil inteiro. Para mim é o melhor programa que tem. Não é porque eu trabalho nele não, antes de trabalhar eu já achava. Isso daí, depois que eu comecei a trabalhar, só me confirmou."*

Um THD confirmou essa posição:

> *"O acesso do paciente varia, porque cada profissional tem um modo, da sua área, de estar dando o acesso. Eu acho que a quantidade também varia de profissional para profissional, têm uns que atendem mais e têm uns que atendem menos. A comunidade é muito grande e não tem acesso para todo mundo… A gente está sempre, fazendo e fazendo e nunca acaba."*

E outro ACD reafirmou:

> *"Para aqueles que conseguem ser contemplados é um ótimo atendimento, mas a gente não consegue estender para mais pacientes. Eu acho que a solução seria a contratação de mais funcionários, mas aí envolve uma série de coisas, né? Espaço físico e tudo mais. O problema mesmo é a quantidade de pacientes."*

Em outra UBS, um CD disse:

> *"A área tem 22 mil pessoas. Nós somos quatro profissionais, quatro dentistas. Nós temos um universo de atuação individual. Então, às vezes, para você conseguir atingir maior abrangência de atuação, você precisa fazer grupos maiores de orientação, ou de alguma estratégia você possa controlar os necessitados, e em um segundo momento, fazer uma atuação mais individual. Então, nossa primeira estratégia foi: dentro daquelas famílias que nunca tiveram atuação, tratar da família toda. Nós não estamos mais trabalhando com o aspecto individual. Nós não mais pinçamos as pessoas – um indivíduo numa família, outro em outra, não. Nós convocamos as famílias por completo. Nós já estamos num segundo momento. Dentro daquela estratégia, nós fizemos um enquadramento das famílias entre famílias de alto risco, famílias de médio risco e famílias de baixo risco. Tanto risco social, risco familiar, como risco individual: necessidade, no caso, odontológica. E depois que nós traçamos esse mapeamento com o auxílio das agentes comunitárias nós conseguimos tratar todas as famílias de alto risco. Todos. Foram todos tratados. Depois nós tratamos todos de médio risco, todos que eram aqueles de maior necessidade. Atendemos um princípio, que eles falam, de equidade: dar mais para quem precisa mais. Agora nós já estamos nas famílias de baixo risco."*

E a insatisfação cresce:

> *"tanto paciente... a nossa qualidade tende a cair! Não é nem qualidade do serviço porque o material está lá, o dentista que sabe trabalhar está lá, mas não tem tempo de fazer tudo que ele poderia fazer."*

> *"Os PSF, pelo o que eu tenho de conhecimento, têm sistemas de trabalhos diferentes. Neste PSF daqui, que começou com a Fundação Zerbini, é diferente de outros PSF de outros lugares. Aqui a gente procura dar um atendimento integral para o indivíduo e em outros fazem um atendimento diferente. Por exemplo, eu sei que tem lugares que procuram fazer primeiro um atendimento de 'adequação de meio'. Esse atendimento de 'adequação de meio' visa controlar a doença em certa área, mas a área é muito grande. E o que acontece? Depois da 'adequação de meio', há a 'segunda fase', que é fazer o tratamento nos pacientes que já passaram pela 'adequação'. Mas, muitas vezes, esse paciente só vai voltar para fazer esse tratamento definitivo daqui a um ou dois anos, ou até mais. E o que acontece? Quando vão comparar os números com o nosso trabalho, dizem que o PSF de tal lugar conseguiu fazer uma cobertura de 90% da área, enquanto que o PSF da Fundação Zerbini conseguiu fazer uma de 60%. O trabalho deles é melhor? Mas são só números...*

[...] Eu vou só contar um fato que aconteceu com um paciente que você vai entender o que quero dizer com essa 'qualidade' do trabalho. Eu penso que a saúde de uma pessoa é o bem-estar físico, mental e social. Ela tem que estar bem em todos os aspectos. Eu acho que a gente está aqui para trabalhar em equipe, a gente não pode ver só a boca do paciente, tem que o ver como um todo."

"O modelo não está ainda... não existe um PSF certo. No Santa Marcelina era de um jeito, aqui é de outro, em outro lugar é de outro. No entanto, a forma de trabalhar dá uma resposta para a população. O que me motiva é isso, estar aprendendo mais, a cada dia que vem para cá, você aprende uma coisa diferente. Nenhum dia é igual ao outro. Eu concordo com a Simone, é afinidade com o trabalho, pois sem afinidade não dá para prosseguir, você pára na metade do caminho. Tem momentos em que você fica nervosa, mas você acaba superando porque você gosta do que faz. O Programa da Saúde da Família, a meu ver, deveria se expandir para todos os lugares."

Também fizeram referência à atitude da população perante o serviço.

"Normalmente o posto tem um bom tratamento, há solução, é eficiente. Porém, às vezes, infelizmente, a cultura popular... Têm muitos que não aderem, têm outros que são desistentes, e você precisa estar sempre olhando esse universo dessas pessoas. Vendo o que você pode fazer para poder acompanhá-los e não perdê-los pelo caminho."

Associado ao aumento da demanda, os profissionais também se referiram às emergências. Segundo eles, a regra do PSF era de que um paciente, tendo duas faltas consecutivas, perdia a sua vaga, mas que os demais membros da família que comparecessem a todas as consultas não seriam prejudicados. No entanto, o membro faltoso teria que esperar que sua família fosse chamada novamente para que ele pudesse ser atendido. A THD entrava na conversa dos dentistas dizendo que, em sua opinião, as pessoas não conseguiam entender as regras do PSF, e que se uma pessoa falta, até sua família ser chamada novamente, levaria cerca de três anos pela demanda de famílias a serem atendidas; que essas pessoas não entendiam que o programa seguia uma numeração e as famílias eram atendidas em ordem crescente, que não era possível ser chamada duas vezes seguidas, que uma vez triadas, deviam comparecer para receber o tratamento.

"E as emergências não diminuíram?"

O ACD:

"Não. Aumentou. Aumentou por conta da divulgação dos agentes. Antigamente eles não tinham informação para dar aos pacientes. Agora eles sabem que têm os horários de emergências e que eles podem encaminhar o paciente com dor."

"É necessário um entendimento melhor do funcionamento do PSF por parte da população."

"Há dificuldade porque eles não incorporaram a cultura de prevenção. Às vezes você tem um certo bloqueio dele vir para assistir uma palestra, receber uma orientação de escovação e voltar para casa. A maioria tem uma mentalidade de que tem que vir ao dentista para receber algum tipo de tratamento. Ele tem que ter feito alguma restauração, algum tipo de procedimento que gere algo que ele veja naquele momento. Se você convocá-lo para que ele venha durante quatro sessões, quatro semanas, ele receba uma supervisão de escovação, você só vai poder fazer isso e contar com a presença dele se você tiver um alto poder de persuasão. Que ele seja orientado dessa necessidade. Caso contrário corre o risco dele não fazer isso. Vir uma vez e não vir mais."

Atitudes como essas provocavam nas ESB a percepção de que era o usuário que era imediatista, mal acostumado. Não vislumbravam nessa atitude uma reação da população a uma medicina / odontologia focada na doença, medicalizadora, e que, ao longo de

décadas, foi formando (e conformando) a demanda. Trabalhar, portanto, num marco diferente, de prevenção / promoção, significava tentar, em longo prazo e lentamente, reverter essa condicionante.

Referiam que as famílias achavam que a chamada para o tratamento era muito demorada, o que acabava gerando reclamações por parte desses usuários. Uma THD acreditava que, por ser um serviço novo,

> *"o povo ainda precisa se habituar com isso. Como antes era tudo aberto, a população chegava no Posto, agora não... Antes vinham com um dente doente e esperava doer o outro para vir de novo. Agora não, a gente vai pegar a família, prevenir, remediar e tudo, né?"*

Sobre o acolhimento, uma ACD dizia que todos os pacientes que batiam à porta do consultório chegavam com dor e que, justamente por isso, procuravam a ESB. Muitos moradores iam ao posto por alguma razão e tentavam aproveitar que já estavam lá para "passar" com o dentista, utilizando-se, assim, do horário de emergência.

À observação, ficava claro que os profissionais se irritavam quando percebiam que o morador não estava com dor e estava tentando ser atendido na emergência. Eles acreditavam, na maioria das vezes, que se tratava de "malandragem para furar fila". Com isso, o primeiro acolhimento de um paciente que chegava para emergência era um tanto ríspido, principalmente por parte de algumas ACD. Entretanto, em muitos casos, o morador não fazia questão de ser atendido naquele momento. Por outro lado, ele tampouco tinha clara qual era a melhor forma de agendar o tratamento, já que, em várias dessas UBS PSF / mistas, os agendamentos se davam por meio das triagens e dos agentes comunitários. Assim, se ele não estava com dor hoje, mas sabia que tinha um problema e que se não fosse tratado poderia piorar, a maneira que ele encontrava de ser atendido era nos horários de emergência.

Ao mesmo tempo, principalmente os CD reclamavam quando o paciente chegava à emergência com muita dor, porque isso significava que ele não procurou o atendimento antes, deixando o caso se agravar. Afirmavam que a população "ainda está com uma mentalidade curativa e não de prevenção". Ficou claro que a equipe não sabia como agir, concretamente, sobre a demanda espontânea, e reverter essa prática na perspectiva de uma adesão à prevenção e ao tratamento.

Numa das UBS havia "grupos de retorno". Os "Grupos de Retorno" – formados por pacientes que foram atendidos em demanda espontânea, mas também por pacientes da área de cobertura da ESF – eram pacientes que tiveram seus "tratamentos concluídos" e que, depois de um ano, voltavam para um encontro educativo em grupo, de acompanhamento. Nesses encontros, recebiam orientações da THD. Ela aplicava uma "tinta" nos dentes dos pacientes, para evidenciação de placa (evidenciar onde não estavam escovando corretamente), e eles faziam uma "escovação supervisionada". Em seguida, a THD fazia uma aplicação de flúor. Além disso, os pacientes de retorno ganhavam escova e creme dental e tinham agendada uma limpeza na cadeira, que era realizada pela THD. Se os pacientes faltassem no retorno, eles perdiam a vaga para passar no consultório e voltavam para a lista de espera.

A identificação das famílias e sua classificação, segundo níveis de risco familiar, era uma estratégia para dar conta da demanda, atingir a área de cobertura da ESF e criar critérios de agendamento e atendimento.

> *"Essa questão da distribuição de vagas é complicada, a gente ainda está batendo cabeça com isso. É difícil ter uma fórmula, né? A gente já tentou chamar por família de risco, fazer uma avaliação de risco familiar. É uma tabela de risco familiar, que não fala nada sobre a odonto, é do paciente... Então, conforme o risco, a gente ia chamando, de preferência os de alto risco. Distribuía a vaga assim. Só que nem sempre essa pessoa, que é alto risco, tem o alto risco odontológico também (...) Esse sistema a gente tentou implantar, mas não deu certo, eles não querem* (porque, se não têm problema odontológico, faltam). *Não tinha um cruzamento com o risco social e o odontológico. Então é mais quem vem procurar mesmo, pois acaba dando mais valor à vaga."*

Havia, ainda, uma terceira forma de atendimento que eram os "Grupos de Escovação". A montagem desses grupos foi uma estratégia criada pelos profissionais da SB para tentar dar conta da "demanda espontânea", ou seja, de pessoas que ainda não tinham uma vaga na agenda dos Dentistas. Esses grupos eram formados por pessoas de qualquer idade, inclusive crianças, mas abarcavam, sobretudo, um grupo que teria ficado descoberto pelo atendimento das "famílias de risco": pessoas na faixa entre 14 e 40 anos que não possuíam nenhuma doença, portanto, não se encaixavam nos grupos específicos que tinham prioridade no atendimento, e que não eram gestantes. Esses grupos funcionavam como uma espécie de triagem, pois era preciso que, nos três encontros semanais, obrigatórios, o paciente conseguisse melhorar a sua escovação.

Alguns profissionais inovaram, adotando outras estratégias. Foi o caso de um CD de uma UBS, que contou:

> *"Então eu tenho o grupo de saúde do homem, que nunca tinha no posto. E foi uma surpresa. Porque a gente achou que não vinha ninguém e no primeiro grupo vieram 30 pacientes. Aí o pessoal viu que deu certo, então, está começando a aderir. As minhas duas equipes são as únicas que tem o grupo de saúde do homem. E nos primeiros eu participava, mas agora tem médico homem na área 5, não entro mais no grupo. Porque eles preferem que eu não entre, só fica homem na sala. Então imagina o que deve sair, né? Eu estou proibida de entrar, eu só posso entrar no finalzinho para fazer avaliação de risco".*

Em alguns casos havia queixas sobre o trabalho extramuros, as ações coletivas nas escolas. Além da principal queixa, a de que esse tipo de atividade poderia ser delegada aos ACD e THD, preservando o dentista para o consultório, referiam que as escolas da Prefeitura, segundo eles, eram mais fáceis de lidar, porque os alunos eram menores. Já os alunos das escolas estaduais, que eram, em sua maioria, adolescentes do Ensino Médio, tinham maior resistência, tanto na hora de receber a orientação quanto no momento de iniciar o tratamento. As atividades nessas escolas, segundo algumas equipes, eram muito mais desgastantes e pouco eficientes.

3.2.1 Capacitação

Um dos dentistas entrevistados fez o curso de atualização oferecido pela Prefeitura para todos os profissionais da rede e do PSF, e o "Momento1", oferecido pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Também participou de treinamentos para prevenção de câncer de boca. Gostou bastante dos cursos, especialmente do curso oferecido pela Prefeitura, no qual houve uma comparação entre Unidades que tinham PSF e as que não tinham o programa, sendo os próprios dentistas a fazerem as apresentações, apontando problemas e resultados nos dois tipos de atendimento. Este CD achou que deveria ter cursos de capacitação oferecidos pela Prefeitura com mais regularidade, pois, trabalhando oito horas por dia, ficava difícil procurar novos cursos e conseguir frequentá-los.

Um CD, além de dizer quais foram os cursos e capacitações que realizou, criticou a metodologia de um deles.

> *"Fiz o introdutório Momento 1 pela Zerbini. Seria uma capacitação que você tem antes de entrar. Eu fiz depois que eu já estava aqui há seis meses. Fiz na época errada, todo mundo fez na época errada. Ninguém fez antes de entrar, porque eu acho que antes de entrar tinha que ter uma calibragem do profissional."*

Alguns fizeram um curso de capacitação dado pela Prefeitura "para todos os dentistas da rede para atualização de todas as áreas da odontologia, tanto na parte de educação e saúde como na parte técnica".

Sobre a estratégia pedagógica desse curso, os comentários foram positivos:

> *"que está superadequada, eles estão abordando a realidade da unidade básica de saúde, eles não estão criando ou não orientam além da nossa realidade. Então, é uma capacitação di-*

recionada para unidade básica e do que a gente de serviço aqui."

Os profissionais avaliaram a importância dos cursos de capacitação e sua contribuição para as atividades externas ao consultório dentário das UBS, ou seja, que contribuíam para o desenvolvimento das ações na área de cobertura da equipe / UBS, e que, a partir desses cursos, podiam "ter conhecimento do que está acontecendo lá fora."

Houve uma sugestão de que seria interessante uma capacitação que explicasse como os mapas de produção deviam ser corretamente preenchidos, em função dos problemas já apontados, como padronização das informações entre os profissionais, orientação detalhada sobre o preenchimento etc. Um dos CD, em sua entrevista, afirmou que:

> *"Hoje mesmo a gente estava conversando que a maior dificuldade, dentre essas de capacitação, é de preenchimento de mapa, porque cada um preenche o mapa da melhor maneira que lhe convier. E isto não é culpa da pessoa que preenche. É culpa de quem está oferecendo o mapa e não te capacita para preencher. O meu mapa pode estar ou não falando as mesmas coisas que o mapa do X* (e cita o nome de um colega)*. Então dizem 'não vamos capacitar agora porque vai mudar' [...] então nunca vai ser capacitado. Mas os mapas já estão sendo preenchidos e os dados já estão sendo coletados e usados [...]. Eles exigem várias coisas de você, mas não te dizem como fazer. Ele exige que você saia uma vez por semana para o procedimento coletivo, exige que você faça a VD, mas você não é capacitado para a melhor maneira de fazer isso para dar o atendimento correto."*

O trabalho de observação da pesquisa apontou que havia algumas questões de capacitação dos profissionais que mereceriam maior atenção. No geral, os cursos e treinamentos estavam voltados para as temáticas mais conceituais e de conteúdos do SUS, AB, PSF etc., além de conteúdos e atividades práticas de reciclagem na área odontológica, mais especificamente. Entretanto, a observação revelou algumas lacunas que poderiam ser preenchidas no desenvolvimento das políticas e estratégias de capacitação. Uma delas diz respeito à questão das ações coletivas desenvolvidas junto às comunidades e às escolas. O relato a seguir, apesar de longo, será apresentado na íntegra, porque ilustrou claramente como essa questão se encontrava mal resolvida, do ponto de vista de sua efetivação prática, concreta; uma deficiência na capacitação, exatamente numa das estratégias centrais de prevenção / promoção em SB do modelo mais integral da Saúde da Família / comunidade, as ações coletivas. Este relato poderá contribuir, também, para melhor compreensão de por que esse tipo de ação era considerado, pelos CD, uma atividade menor, aquém de sua competência, e que, portanto, deveria ser atributo dos ACD e THD.

Numa escola municipal, a atividade começava com a THD chamando aluno por aluno para ser examinado pelo CD que atribuía, dependendo das condições dos dentes de cada um, uma nota de A a F, que era registrada numa planilha pela ACD. Depois dessa triagem, era exibido o desenho animado *Dr. Dentuço e a Lenda do Reino dos Dentes*[3], apropriado para a idade dos alunos, que variava de 3 a 6 anos. Em seguida, as profissionais reafirmavam as principais informações do filme e, ao final, distribuíram escovas novas para todos os alunos que, então, participavam de uma sessão de escovação supervisionada, na qual os profissionais da ESB ensinavam a maneira correta de se escovarem os dentes.

O desenho animado foi produzido pela Colgate-Palmolive e foi adquirido pelo Cirurgião-Dentista por meio de um colega. De uma maneira lúdica, o desenho mostrava a necessidade de se escovarem regularmente os dentes com um creme dental com flúor. Dizia, também, que era necessário evitar a constante alimentação entre as três refeições diárias, além de evitar os doces.

De modo geral, o desenho tinha bons resultados na forma pela qual abordava o tema para crianças dessa idade. Ele criava uma história interessante, capaz de entreter a criança na "luta contra os monstros da placa bacteriana". No entanto, ele trazia al-

[3] Esse desenho pode ser visto no site da Colgate [http://www.colgate.com.br] ou no link: [http://www.colgate.com.br/app/BrightSmilesBrightFutures/BR/Parents/OnlineActivities/LegendVideoChapters/HomePage.cvsp], (acessado em 14/09/2007).

guns elementos que poderiam gerar reflexão por parte dos profissionais da ESB, reflexão essa que ocorreu apenas em um momento.

Um primeiro exemplo se deu logo na primeira cena, quando dois personagens crianças saem dos consultórios de seus dentistas. A menina branca recebia elogios da sua dentista, que dizia a ela que tinha escovado bem os dentes. Já o menino negro recebia uma bronca por não os ter escovado de maneira eficiente. Nem o CD, nem a THD ou mesmo a ACD comentaram esse fato.

Além desse detalhe, havia algumas informações contraditórias no próprio desenho, como quanto ao número ideal de escovações diárias. Em alguns momentos, os personagens afirmavam que eram três, em outros, que eram duas. Também não ficava clara qual era a melhor forma de escovação; pelo contrário, em todos os momentos em que a escovação aparecia, ela era sempre feita com força, de maneira desregrada e com uso de muita pasta. Apenas uma das THD percebeu essa falta de explicação sobre a escovação, mas, ao mesmo tempo, não notou a diferença na instrução quanto ao número de escovações diárias. Excetuando-se ela, nenhum profissional manifestou algum comentário crítico sobre o filme.

A ênfase da mensagem do filme era na utilização do creme dental com flúor. Apesar de o nome da marca Colgate-Palmolive aparecer somente nos créditos iniciais e durante o desenho nenhuma marca ser mencionada, as cores dos tubos de creme e fio dental eram as mesmas cores da marca produtora.

Outra mensagem que chamou a atenção foi a ideia de se reduzir o número de refeições, em vez de aumentar o número de escovações. Ou seja, em vez de atrelar a alimentação com a escovação, afirmava-se que **devia** escovar duas ou três vezes por dia e **não devia** comer nada entre as refeições.

Terminada a projeção do filme, um dos três profissionais passava diretamente para a explicação, com a ajuda de um modelo de boca e escova de dentes, de como deveria ser feita a higiene bucal. Em nenhum momento eles perguntaram para as crianças se elas tinham alguma questão, se entenderam a explicação, se queriam falar algo. Muito menos discutiram o filme. Partiram do pressuposto de que o desenho era autoexplicativo e não trabalharam com as crianças a fim de explorar o que elas haviam compreendido dele.

O filme, mesmo com os seus problemas, seria um bom filme para se discutirem os hábitos alimentares e de higiene bucal das crianças. No entanto, ficou claro que os profissionais que ali atuaram não estavam treinados para lidar com esse tipo de atividade. As próprias professoras tampouco se esforçaram para incentivar os alunos a pensar sobre as informações trazidas tanto pelo filme quanto pela minipalestra. A maioria das professoras se preocupou em manter os alunos quietos para que a equipe de ESB pudesse falar, mesmo quando as crianças estavam ansiosas para falar sobre assuntos relacionados à temática do encontro, como o dia que o dente caiu, a cárie que tiveram, as vezes em que escovavam os dentes etc.

Na "aula prática" de escovação, a THD recorreu a outra estratégia: exemplificou a escovação, aplicando os procedimentos a uma aluna, mostrando os movimentos que cada um deveria repetir em seus próprios dentes. Assim, todos escovaram juntos, fazendo os mesmos movimentos e no mesmo ritmo. Mesmo com essa melhor abordagem por parte da THD, de modo geral, a equipe de ESB não apresentou estratégias apropriadas para lidar com crianças nessa idade. Muitas vezes, as correções viravam broncas.

Não se observou nenhum trabalho em conjunto com o corpo docente da escola. Os contatos anteriores com a escola se limitaram a acertos de agenda. E, no dia marcado, quem recebeu orientação foram os alunos. Os professores não foram trabalhados no sentido de estimular os alunos a escovar os dentes e mesmo de corrigi-los em sua escovação no cotidiano da escola, já que um dia era pouco tempo, mesmo com técnicas eficientes, para que uma criança de 3 anos assimilasse esse conteúdo. No entanto, a manutenção dele, fruto da observação na semana de pesquisa, foi feita para comentar a necessária articulação intersetorial Saúde e Educação, em casos de estratégias pró-ativas como a da Saúde da Família.

Essa impressão foi confirmada no dia seguinte, quando, na clínica, uma mãe trouxe seu filho. Ela afirmou que a professora havia mandado as crianças levarem para casa as escovas que a ESB havia distri-

buído, em vez de incentivá-las a escovar os dentes na escola. Depois que a mãe saiu da sala, o CD teceu comentários de que ela estaria se eximindo da responsabilidade de escovar os dentes do filho e que, assim, estaria colocando a "culpa" na professora. Ao mesmo tempo em que o CD poderia ter razão – quer dizer, a mãe acreditava que é função da professora, e não dela, escovar os dentes da criança –, havia também evidências de que a atividade na escola não fora planejada por inteiro com o corpo docente, já que o CD não sabia o que seria feito com as escovas após sua distribuição.

A falta de traquejo em lidar com esse público específico e a falta de entrosamento entre profissionais de Saúde e da Educação fizeram com que as atividades desenvolvidas na escola tivessem uma feição burocrática, de cumprimento de tarefa, por parte tanto dos profissionais da ESB quanto dos professores. Perante seus superiores, ambos contabilizaram as atividades como executadas, independentemente da qualidade do serviço prestado.

Numa das UBS, havia três horários para atendimentos de emergências: às 7h00, às 11h00 e às 15h00. Muitos pacientes de emergência que chegavam à UBS com dor pediam para que extraíssem o dente. A extração, segundo os próprios CDs, era a última opção para um tratamento. Foram observados casos em que o paciente pedia a extração do dente, e o CD fazia outro tipo de procedimento para recuperá-lo, sem dar maiores explicações ao usuário. Em apenas um atendimento, o CD teve essa conversa, e o paciente, ao menos naquela semana (o tratamento durou dois dias espaçados), sentiu o peso de perder um dente. O CD então falou: "o senhor é muito novo para perder dentes, está com quanto? 40, 50 anos? Está apenas na metade da vida". O CD nem se deu conta de que essas palavras mudaram a fisionomia do paciente, que veio pedindo para extrair o dente, e já estava quase pedindo para não mais o fazer.

3.2.2 Vínculo institucional

Grande parte dos profissionais de SB nas UBS PSF / mistas ingressou na Unidade a partir de processo seletivo que incluiu análise de currículo, prova, dinâmica de grupo e entrevistas. Em algumas UBS, a grande maioria dos profissionais trabalhava nas ESB fazia muito tempo, alguns desde a implantação do programa Qualis, em 1998. Os dentistas constituíam a categoria que mais mudou, havendo certo rodízio dos profissionais. Em sua maioria, esses profissionais trabalhavam oito horas, mas, mesmo assim, ainda restavam dentistas de quatro horas nas UBS mistas, e que estavam desde o início da implantação do serviço de odontologia nessas unidades, alguns deles com mais de 17 anos.

Em geral, não se percebeu, na etapa de observação da pesquisa, nenhuma diferença na prática do dentista de quatro horas da do dentista de oito horas, a não ser quando havia reuniões ou questões que envolviam outros profissionais do PSF, pois, nessas situações, quem assumia essa interlocução era o dentista de oito horas, e não o de quatro, que se dedicava mais à clínica. Sendo assim, verificou-se que o dentista de quatro horas também assumia as mesmas atividades do de oito, como as visitas domiciliares aos pacientes acamados, as atividades educativas em escolas etc.

As mudanças começaram a ocorrer com a implantação do PSF como política universalizante para a AB no município.

Segundo um CD:

> *"Em 2005, o projeto tinha profissionais de quatro horas, e havia a necessidade desse projeto adequar-se ao preconizado pelo ministério, que era de profissionais de oito horas. Então eles começaram a substituir profissionais de quatro horas por de oito horas. Na verdade, o de oito entraria em substituição a dois de quatro. Eu soube da necessidade, eu participei do processo seletivo e vim parar aqui."*

Alguns desses profissionais foram primeiramente contratados pela Fundação Zerbini, a pioneira na implantação de ESB na Saúde da Família, e posteriormente foram recontratados pela Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Isso fez com que os mais velhos fossem da época da implantação do Qualis (pela Fundação Zerbini) na região.

Somente alguns ACD, que já eram funcionários da UBS quando o PSF se instalou na Unidade, foram absorvidos pelo programa.

Uma das ESB justificou a tendência de contratação de dentistas jovens pela nova parceira da seguinte maneira: apesar de ter havido um processo seletivo bastante rigoroso, a escolha de profissionais mais jovens estaria relacionada com o fato de não terem o vício do serviço público. Uma THD falou, em *off*, que os dentistas da Prefeitura, inclusive os que trabalhavam na UBS logo que o PSF foi implantado, passavam o dia "enrolando, no velho esquema. A Prefeitura engana que paga e o dentista engana que trabalha". E que, por isso, a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) fez bem em contratar apenas dentistas jovens e sem esse vício, e que era por essa razão que o PSF tinha funcionado, apesar da alta demanda.

Em geral, havia grande orgulho e identificação com a profissão, no que se refere tanto aos CD quanto ao pessoal de apoio ACD e THD.

Um CD disse que:

> *"Desde a faculdade eu já sabia que queria trabalhar com saúde coletiva. Fiz monitoria, fiz saúde coletiva, dei aula, enfim, sempre gostei dessa área. Eu casei, vim morar em São Paulo. Lá no Rio já estava engajada nisso fazendo especialização, tudo direitinho... Depois que eu vim para São Paulo, comecei a trabalhar em um consultório. Uma paciente minha, que trabalhava na Prefeitura, comentou que ia ter um processo seletivo para a Fundação Zerbini, que era nossa antiga patroa. Eu não sabia nem quem era a Fundação Zerbini. Fui fazer o processo seletivo e perguntei até para a coordenadora se aquilo era sério mesmo, se realmente, se era um processo que tinha seriedade... Aí passei e vim trabalhar no PSF, foi assim. Mas não vim especificamente, 'eu quero o PSF', queria muito, sempre quis, mas eu queria muito alguma coisa ligada à saúde coletiva. Hoje eu tenho certeza de que é isso que eu quero."*

Outro CD justificou a sua escolha de carreira da seguinte forma:

> *"Na minha família não tem ninguém ligada à área da saúde e nem odontologia. Eu acho que tive uma experiência quando pequena, muito boa, com uma odontopediatra, e ela me conquistou. Eu sempre estava lá, fazia as consultas direitinho. Acho que acabou me despertando o interesse pela profissão. Essa profissional, na época, me influenciou e eu guardo isso na minha memória para o resto da vida, e acho que foi isso que ajudou a determinar odontologia."*

> *"Eu gosto de trabalhar aqui, é muito diferente. É... todo o consultório aqui, se você for olhar, é como se fosse um consultório particular. É melhor até que um consultório particular. Então você tem material, você tem recurso para trabalhar. Não é um lugar que falta aquilo, falta aquilo outro e não tem como trabalhar. Tem de tudo, a gente consegue trabalhar direito. E trabalha a quatro mãos, até a seis, mãos, porque tem a THD. Então dá para trabalhar legal."* Anteriormente o dentista já havia falado da remuneração: *"... o PSF proporciona melhores salários que a própria Prefeitura."*

Uma das THD iniciou como ACD:

> *"Saiu uma ACD e precisavam. Aí eu disse: 'eu vou', tudo que a gente aprender é bom. Ali mesmo eu ingressei, aí eu fiz o curso. A Prefeitura mesmo deu o curso de THD, porque quando eu ingressei como ACD não tinha para ACD. Na época os dentistas davam uma cartinha e a gente ia pegar o CRO. Fiz tudo em desvio de função na Prefeitura."*

E uma das ACD comentou:

> *"Como ACD era a estabilidade de ser uma concursada pública. Depois, como THD eu queria melhorar o ideal, porque era uma profissão nova, mostrava muita coisa boa que poderia estar acontecendo e eu poderia conversar muito com grupos, e eu gostava muito da dinâmica de palestras do curso... Quando eu vim para o PSF, a minha intenção era trabalhar como THD, justamente para valorizar o curso que eu tinha feito. Botar em prática tudo aquilo que eu tinha aprendido."*

Outra ACD falou sobre o que a levou a trabalhar:

> *"Minha mãe queria que trabalhasse e eu achava que ainda estava cedo. Aí apareceu essa oportunidade de ser auxiliar de um consultório particular lá perto de casa mesmo. Trabalhei seis meses lá depois saí... Mas começou aí. Uma vizinha me chamou porque o dentista estava precisando lá perto de casa, eu fui e gostei. (...) Daí quando o Estado abriu inscrição para vários cargos, carreiras assim, aí eu fui lá. Minha também pediu para que eu fosse ver o que é que tinha lá para fazer, eu fui. Quando eu vi que tinha auxiliar de odontologia e já tinha feito e gostado. Me inscrevi, fiz a prova, passe e entrei no Estado assim."*

E outros ACD dizem:

> *"Bom meu primeiro emprego, com 15 anos, foi em um consultório dentário. Então a primeira profissão que eu aprendi foi ser auxiliar. Fiquei muito tempo trabalhando em consultório, trabalhei também em outros lugares, outras profissões e acabei entrando como contratada no público, eu tive a oportunidade e acabei ficando."*

> *"Em 1998 eu vim para essa unidade, e aqui a gente fazia várias atividades. Eu trabalhava no arquivo, na recepção, na farmácia. Então quando foi instalado a odonto, não existia ACD, aí perguntaram se alguém queria trabalhar. Eu aceitei, como não tinha ninguém, o dentista tava chegando... e desde 98 eu estou lá."*

Sobre o trabalho em serviço público no PSF (importante lembrar que o vínculo é com a SPDM, e não direto com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura), um CD se colocou como muito motivado e satisfeito, e que não conseguiria trabalhar em algo que não fosse público e dentro da saúde coletiva.

> *"Hoje eu me sinto muito satisfeita, se eu não tivesse passado para o PSF eu tinha largado a minha profissão, com certeza absoluta!"*

> *"Na verdade são várias coisas. Primeiro porque eu vejo que tem uma continuidade o serviço. Tem até um aspecto de você lidar como se fosse um consultório, porque você conhece as pessoas da região, você tem como acompanhar, e por não ter o lado financeiro você se sente melhor porque há uma atmosfera diferente de um consultório particular onde há as cobranças, onde parece que as relações são mais comerciais. Aqui você tem uma certa intimidade até por que o pagamento, a pessoa sabe que está fazendo através dos impostos e está sentindo os benefícios de outra forma. Você não é quem cobra, você não tem nenhum tipo de interesse de vender um serviço. E também por ser um trabalho novo, você se sente pioneiro por estar fazendo aquilo. Tem outras razões, como eu já disse, eu trabalho perto da minha casa, é um trabalho onde você tem vantagens trabalhistas, você está sendo registrado, dentro do mercado é uma certa estabilidade, porque você tem um valor mensal que você recebe. Então isso é mais tranquilo. [...] Aqui não é um serviço público onde você é um funcionário público que tenha a estabilidade, mas você se sente um pouco estável porque sabe que o programa não é uma coisa que aparentemente vai acabar na próxima política, na próxima mudança de governo."*

> *"Tudo me interessava porque é um projeto novo. Há muita censura sobre o serviço público, o serviço público que está tradicional. Mas as pessoas que começam a ler, que começam a se instruir, começam a notar que o processo de trabalho no PSF é diferente do processo de trabalho em uma UBS comum. Então o trabalho no estilo do PSF me interessou, tanto é que eu comecei a me informar sobre ele, a conversar com profissionais, eu já tenho um tempo de formação, e eles me falavam que o processo era realmente diferente. As vagas que estavam começando a aparecer estavam privilegiando essa região onde eu resido. Então aí eu comecei a me interessar no mesmo momento que eu comecei a fazer esse curso paralelo de pós-graduação* (especialização em PSF pela Uniban). *Então deu certo de ter a necessidade do serviço que estava se apresentando no início e a minha formação que estava sendo direcionada para esse serviço público."*

Outro CD expôs mais a paixão pela profissão:

"Adoro minha profissão e o que eu faço, eu faço de coração, incondicionalmente. Eu adoro poder ajudar, adoro pode estar cuidando da saúde de alguém."

Já a THD estava satisfeita com seu trabalho:

"No começo eu achei difícil, mas a gente vai superando as dificuldades e hoje em dia eu acho assim, que é uma profissão muito difícil, complicada porque não é todo mundo que aceita o trabalho de THD. Eu pelo menos tenho trabalhado esse lado de estar valorizando tudo aquilo que eu aprendi, em relação ao paciente também, pelo fato dele estar sendo beneficiado com um trabalho de prevenção, porque a maior parte do tempo a gente trabalha com prevenção. Então eu acho estimulante, gosto muito do que faço."

"Enquanto THD, essas instituições públicas pagam melhor do que a instituição privada."

Além da afinidade com a área de SB ou odontologia, mais especificamente, apareceram, ainda, outros motivos que estimularam o profissional a entrar e permanecer no PSF/serviço público, como o referido por uma THD que falou um pouco de seus trabalhos anteriores. Essa profissional trabalhou por mais de dez anos na Prefeitura de São Paulo e pediu exoneração por achar que nada funcionava e que os dentistas não trabalhavam, apenas apareciam no posto para assinarem o ponto e depois desapareciam ou simplesmente não iam trabalhar sem dar qualquer justificativa. Depois da passagem pela Prefeitura, trabalhou em consultórios particulares até saber da contratação para o Programa Saúde da Família. Falou que voltou a trabalhar em um "posto", porque acreditava que com o PSF o atendimento à população poderia mudar e, que sendo o regime de trabalho CLT, os profissionais precisavam mostrar serviço e, a remuneração compensava toda a correria diária.

Também as ACD disseram gostar muito do seu trabalho, sentindo-se satisfeitas. O que as motivava a trabalhar no PSF eram as condições para executar suas atividades, pois não havia falta de material e se conseguia dar um atendimento melhor para população, na opinião das entrevistadas. Além da questão salarial, que afirmavam ser bem melhor que no período em que tinham vínculo como funcionárias públicas do Estado.

"eu adoro, eu me identifico muito... Não consigo ainda me ver fazendo outra coisa. Não sei por quê? Às vezes as pessoas falam: tem que estudar, tem que estudar. Mas se todo mundo virar doutor, quem que vai auxiliar? Tem que ter uma pessoa para auxiliar... Eu acho que cada tem uma coisa que faz bem e eu acho faço bem e gosto do que faço... Estou muito satisfeita com meu trabalho."

"Às vezes mesmo você tendo a porta aberta, você não tendo o hábito de fazer a busca ativa, as pessoas não têm noção de saúde. Pelo fato de você estar indo buscar, de estar orientando, às vezes a pessoa não sabe nem identificar que ela tem um problema. Eu acho importante a gente sair um pouco, ir lá buscar, fazer as atividades educativas, participar dos grupos, esclarecer. (...) Então, essa saída, essa busca ativa é muito importante."

"Eu fui colocada em desvio de função na sala de odonto. Eu comecei no Estado no finalzinho do ano de 90 e o posto municipalizou e passou para a Prefeitura. Eu comecei limpando, então, como veio uma empresa com funcionários terceirizados para fazer este serviço, a gente foi colocado cada um num lugar para estar aprendendo o serviço e eu fui para sala de odonto. E comecei a gostar da profissão. Depois o Estado deu um curso gratuito pelo projeto Larga Escala que é do Cefor, eu fui fiz o curso e estudei mais, que eu tinha a 4ª série só. Fui estudando, fui fazendo eliminação de matéria, uma coisa aqui e outra ali e comecei a gostar da profissão e aqui estou até hoje."

Sobre o ajuste do modelo tradicional ao PSF, um CD referiu, como principal dificuldade, a resistência da população a aderir a alguma atividade do programa, como os grupos, por exemplo; a outra era o entendimento e a aceitação dos controles de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, que poderiam interferir no tratamento dentário. O CD acreditava que o atendimento moldado na demanda espontânea,

de muitos anos, ainda era um dos principais problemas que dificultava o serviço, acrescentando que sempre faltou a parte preventiva nos serviços de saúde pública. Disse ser importante a parte educativa e preventiva do PSF, com o que, em sua opinião, em alguns anos, "todo o país só vem a lucrar".

Em algumas UBS, em função da troca da parceira (da Fundação Zerbini para a SPDM, vinculada à Unifesp), percebeu-se, entre os profissionais, certo temor. Surgiam comentários do tipo: "nós viemos para substituir a equipe da Prefeitura, mas viemos todos pelo PSF", como se não fosse a Prefeitura o principal agente de implantação do PSF. Isso revelava a confusão que se estabelecia na rede quando se misturava, numa mesma UBS, os modelos de Saúde da Família e tradicional, e formas de contratação e gestão também mistas.

Segundo uma THD:

> *"tem gente da Unifesp vigiando como a gente trabalha e vendo a nossa produção."*

Nessa mesma UBS, a THD chegou a dizer, em determinado contexto, para um ACD:

> *"Pelo amor de Deus, arranja algo para fazer! Vai que essa mulher* (a Supervisora de SB da região) *volta de novo e você não está fazendo nada. Faz embalagem para por material para esterilizar. (...) a gente pode estar sendo vigiada."*

Os demais profissionais concordaram e completaram seu comentário dizendo que não se importavam com essa "vigilância", pois todos estavam trabalhando muito e executando muito bem suas funções.

Um exemplo foi quando uma gerente de UBS veio, diretamente, verificar junto à sala de odontologia a necessidade de material. Era a primeira requisição feita ao novo parceiro e, pelo que foi dito, era bastante diferente dos pedidos feitos para a Prefeitura. Havia alguma confusão com um tipo de anestésico, que era menos utilizado que outro, o qual era mais urgente de ser pedido. A gerente foi à sala por três vezes para questionar a pequena quantidade do pedido. A reação dos dentistas e de uma das ACDs foi de muita irritação, a ponto de um dos dentistas, com voz alterada, dizer que não havia erro, que o número estava correto.

Tensões como essas, com os superiores, também ocorriam em outras UBS ou equipes. Um CD criticou severamente a supervisora de SB da região, dizendo que ela só poderia estar nesse cargo porque alguém a havia "apadrinhado", e que ela não tinha qualquer competência para comandar, já que parecia não fazer ideia do que era um serviço odontológico.

Disse que, em uma de suas visitas à UBS, entrou na sala, não se apresentou e começou a perguntar a cada profissional o que cada um fazia ao longo do dia. O CD comentou com a supervisora sobre as dificuldades em se fazerem atendimentos aos acamados, ao que a supervisora perguntou por que ela não fazia atendimento domiciliar e levava o equipo móvel. A CD perguntou como ela levaria o equipamento, e a supervisora respondeu que era só colocar tudo no carro e levar. A CD respondeu que nem ela e nem a UBS tinham um veículo que pudesse transportar o equipamento.

Também apareceram muitas queixas sobre a articulação dos serviços de Atenção Básica aos de média e alta complexidade que, segundo os profissionais, "apareceu" depois da mudança de parceiro.

> *"Tem uma dificuldade que está aparecendo agora. Depois que a gente mudou de parceiro. Assim, o posto de saúde, ele é atenção básica e a gente não tem para quem referir. Então parte-se do principio de que eu tenho que ter um mecanismo de referência e contrarreferência. Eu tenho que ter para quem mandar uma coisa de especialidade. Por exemplo, seu eu tenho um paciente com um ciso incluso para extrair, aqui eu não tenho condições nenhuma de fazer um ciso incluso e não tenho nem condição técnica, eu não sei fazer um ciso incluso. Antes vinha a equipe de cirurgia aqui e fazia isso para mim. Era muito confortável. Eu marcava o paciente, eles vinham aqui uma vez por mês quando eu estava em reunião de equipe, que eu não estaria usando a sala e resolvia o nosso problema. Eles*

tiraram, dizendo que a atenção básica ia ter que fazer isso, só que não me deram nenhum lugar para mandar."

Questionado sobre enviar os pacientes ao CEO, respondeu que o serviço não funcionava devido ao grande número de pacientes que eram mandados para lá.

"Outro exemplo é sedação, tem paciente com síndrome de Down ou com sequela de meningite que não consegue ficar de boca aberta e eu não consigo fazer o procedimento em casa. Eu mandava para um outro posto, para colegas meus. Eles faziam a sedação com médico, tudo, eles faziam o procedimento e mandavam o paciente de volta. Anteontem, chegou aí a cartinha dizendo que a gente está proibida de fazer sedação. Caramba! O cara estudou, fez o curso, foi capacitado, sabe fazer, a gente tem condição de fazer, tem espaço para fazer. Não pode, porque a atenção básica não tem que fazer sedação. E não colocam um lugar para a gente fazer para mim, isso é a maior dificuldade. Você tenta fazer o melhor pelo paciente e em contrapartida o Governo não te dá condição e aquilo que você tem condição de fazer, te proíbe."

"A Unidade não soluciona tudo. Ela esbarra em algum limite. O nosso limite é que na atenção básica não é previsto que ela solucione tudo. Existem as especialidades secundárias, de um nível maior de atendimento, um atendimento mais especializado, por exemplo. Há uma demanda grande, reprimida para tratamento de canal de dentes posteriores. Então você soluciona aqui, e depois você necessitaria de ter, numa referência maior, mais vagas para solucionar esses problemas que ficaram 'um pouco de gargalo' [o CD refere-se à falta de vagas nos centros de referências]. *Era como eu estava dizendo, a pessoa nunca veio, você, com uma estratégia, consegue atrair a pessoa para cá para fazer todo tipo de tratamento, mas aí ele tem uma necessidade de fazer uma ponte móvel. Nós não fazemos aqui."*

E o CD continuou a elencar os problemas que demandavam referência.

Apareceram, também, críticas relativas às normatizações e procedimentos de trabalho a serem cumpridos. Um dos CDs entrevistados criticou a instituição parceira, dizendo que não concordava com a metodologia que seria implementada na UBS em que trabalhava. Segundo esse profissional, a parceira orientava que a ESB atendesse às famílias cadastradas em ordem crescente, e não mais de acordo com a gravidade dos casos dos pacientes. O dentista afirmou que isso era contra o que a legislação preconizava, com relação aos preceitos de universalidade e equidade. Justificou sua resposta dizendo:

"Se você tem uma área que você tem que cobrir, com um número x de famílias, você tem que conhecer aquelas famílias. Você tem que andar pelo território. Você conhecendo os pacientes você sabe a necessidade deles. Você discutindo em reunião de equipe, vendo paciente no grupo, você tem condições de dizer quem precisa mais que o outro. (...) Então eu acho que você não tem que transformar pessoas em números, eu acho que você tem que ver o indivíduo como uma pessoa única. Aí é essa coisa da equidade, tratar ele com esses diferenciais que ele tem e da universalidade também, todo mundo vai ter a chance e tem que ter chance igual."

Mas havia grandes satisfações também:

"A gente tem material de consumo ideal, instrumental ideal. Está sempre abastecido, às vezes, tem alguma ou outra fase fica um pouco mais difícil, ou em alguma fase de mudança, mas no geral é bem diferente da ideia que eu tinha de saúde pública ou de trabalhar numa unidade básica de saúde, antes de vir para cá. Este é meu primeiro trabalho em serviço público, porque eu sempre fiz odontologia privada no consultório e a imagem que você tem de um serviço público, é onde as pessoas não fazem, onde o serviço não funciona. Eu tive a felicidade de vir trabalhar em uma unidade que é PSF."

A maior parte dos profissionais era unânime em afirmar que tinham boas condições de trabalho no que

se referia ao material fornecido, aos equipamentos disponíveis e aos paramentos para desenvolver os procedimentos e as atividades. Às vezes havia queixas sobre as condições dos prédios e espaço das salas.

Outra questão que se confirmou nos discursos dos profissionais foi em relação aos processos de trabalho. Alguns profissionais mostraram-se insatisfeitos com algumas ações executadas pela equipe, especialmente as ações comunitárias, como assinalado anteriormente.

Um dentista comentou que se sentia subutilizado quando realizava ações coletivas, quer dizer, quando tinha de ir às escolas para a atividade de escovação supervisionada, fluorterapia etc. Indicava a THD para realizar essa tarefa sem a necessidade da presença do CD, mesmo porque, segundo o dentista, essa era uma das atribuições desses profissionais. Diz que respeitava o que a Prefeitura ordenava, então cumpria rigorosamente o que lhe era determinado, mesmo porque isso era cobrado pela gerência.

Em relação à dinâmica do trabalho, a grande queixa recaía sobre o excesso de trabalho, decorrente dos ajustes ou do excesso de demanda, ou, ainda, em algumas UBS, pela escassez de profissionais de AB na rede.

> *"A gente trabalha muito, é bastante cobrado, mas tem valido a pena porque temos condições de trabalho."*

Um CD falou que o programa era excelente, mas que ainda faltava respaldo dos governantes para que se pudesse dar atendimento mais justo à população.

> *"A minha estratégia de cobertura está... poderia estar melhor? Poderia, se a gente tivesse mais cadeiras para ter mais profissionais. Mas a gente não tem espaço físico para isso. Eu ficaria mais confortável em trabalhar com uma equipe só* (aqui ela se refere às microáreas de atendimento do PSF)*, ou pelo menos com o número preconizado pelo Ministério da Saúde, que eu não sei exatamente quantas mil pessoas por dentista. Mas se eu não me engano são 2.500 por dentista. Eu tenho seis mil pacientes. Então, eu fiz uma conta que, se for para eu atender todos os pacientes das duas áreas, eu vou ter que trabalhar dez anos, sem dormir, sem levantar para fazer xixi e ficando meia hora com cada um. Se eu quiser ver todo mundo que é da minha responsabilidade, dez anos, 24 horas... É impossível! Dentro das minhas possibilidades tem como eu melhorar? Tem. Eu acho que estou indo pelo caminho certo. Tem coisa para melhorar sim. Só que hoje está o mais redondinho possível. Só podia estar melhor se eu não tivesse que ir para escola escovar criança, que isso as THD´s e as ACD´s podem fazer, foram formadas para isso. Eu acho que estão me subutilizando, eu acho que eu poderia estar sendo mais bem utilizada aqui na cadeira, fazendo uma coisa que ninguém pode fazer por mim, enquanto lá, o que estou fazendo, outra pessoa podia estar fazendo, que não precisou estudar quatro anos e não precisou fazer especialização para fazer. Então eu acredito que tem um erro de foco de quem manda, né?"*

Outro CD apresentava uma visão negativa do PSF, especialmente atribuída à grande demanda que tinha que atender:

> *"O acesso é algo que a gente consegue através dos grupos de risco, diabéticos, hipertensos, pelas atividades que a gente faz com as crianças, não só nas escolas, mas nas unidades também. A proporção do acesso está muito além do ideal, porque até a proporção de atendimento aqui na nossa unidade, ainda a gente tem uma referência um pouco razoável, de um dentista para cada duas equipes. Mas, ainda pelo número de profissionais e da população, essa proporção ainda não é o ideal, a gente ainda não consegue garantir o acesso a todo mundo e a cobertura ainda não é total."*

Questionado se vislumbrava alguma solução para este problema:

> *"Eu acho que o número de profissionais deveria seguir como é padronizado hoje: uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde da família, que as outras unidades básicas funcionem corretamente, que são ou não PSF.*

Sabe? Acho que o acolhimento, o acesso, a porta aberta, isso tem que ser válida para todas as unidades. Porque a gente recebe pacientes que vêm de outros bairros, porque vão para outras unidades, chegam lá, batem na porta e as portas estão fechadas, então eles acabam buscando um lugar onde a porta está aberta. Acho que se todas as unidades trabalhassem corretamente, se pronto-socorro também funcionasse e se a gente diminuísse um pouco a demanda de urgência, se o pronto socorro desse uma retaguarda para a gente, a gente conseguiria atender melhor esses pacientes. Porque a gente acaba fazendo o trabalho da unidade básica, das referências, do pronto socorro e acaba sobrecarregando muito o PSF, justamente porque a gente tem a porta aberta."

Ainda com relação à demanda, uma THD fez muitas críticas ao atendimento dos chamados "fora de área" que, na realidade, eram as urgências. Como eram pacientes que não moravam na área adscrita das ESF, não tinham acesso ao tratamento integral; recebiam o pronto atendimento e, depois, eram orientados a procurar alguma UBS da área de abrangência de sua moradia ou região de origem para realizar o tratamento. A principal crítica a essa situação era que o PSF deveria ter regras mais brandas e permitir que, uma vez atendido, o paciente pudesse concluir o tratamento na UBS que o atendeu, e não apenas sanar sua queixa inicial.

Uma ACD apresentou uma visão mais positiva, mas também apontou a demanda como um problema para um bom atendimento.

"Nós temos bons resultados. Às vezes temos reclamações porque a gente não consegue atender a todos. A gente atende muita urgência! O que a gente não consegue atender de demanda de pacientes programados, de agenda, a gente acaba atendendo na urgência. Então às vezes gera reclamação da urgência. Porque a gente não consegue atender o número de urgência que aparece todos os dias. A reclamação que tem é essa. Mas todo paciente que chega com queixa de dor é atendido, mas mesmo assim é complicado."

Outra ACD achava que a estratégia de cobertura do PSF estava correta, mas que a demanda era muito grande para poucos profissionais:

"A gente absorve os grupos, as famílias de risco, a gente vai nas escolas também, procura cobrir todos os serviços. Mas é muita gente para pouco profissional, pelo que eles falaram deveria ser um para um. Um dentista para uma equipe e nós temos um dentista para duas equipe de oito horas e dentista de quatro horas é um dentista para uma equipe e meia. Então mesmo que a gente queira não tem perna para tudo isso. Fica inviável por esse motivo, pela demanda que é muito grande."

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou alguns aspectos bastante interessantes no que se refere aos recursos humanos da área de Saúde Bucal que trabalhavam na Atenção Básica no município de São Paulo. Os resultados apresentados mostraram questões e/ou problemas que apareceram igualmente tanto para os profissionais que trabalhavam nas UBS com modelo assistencial tradicional, quanto para os profissionais das UBS com PSF / mistas. Essas questões foram as seguintes: o vínculo público – direto ou por meio de instituições parceiras – foi bastante valorizado; as atividades rotineiras de odontologia se assemelhavam nos dois modelos de atenção; a atuação das ESB ainda era relativamente autônoma ou "isolada" das demais equipes e profissionais das UBS; havia queixas sobre a sobrecarga de trabalho ou o excesso de demanda, bem como sobre o sistema de referência e contrarreferência para os níveis de média e alta complexidade.

O vínculo público – direto ou por contratação por instituição parceira – foi muito valorizado por diferentes motivos. O salário, em geral, era melhor do que o das instituições privadas; as condições de trabalho eram, também, bastante satisfatórias (quanto aos equipamentos e materiais disponíveis); havia estratégias de capacitação permanente; mas, sobretudo, o que mais pesou nessa opção era o fato de esse tipo de vínculo constituir uma grande fatia do mercado de trabalho, importante para o dentista, e acresci-

do da estabilidade do emprego (maior do que a do mercado privado).

A profissão de CD envolve necessariamente grande investimento na montagem de um consultório e custos elevados para sua manutenção. Esse tipo de investimento torna cada vez mais difícil, para os novos profissionais, o ingresso no mercado de trabalho. A inserção do CD no PSF ampliou postos de trabalho para essa categoria num momento em que o mercado de trabalho nos grandes centros urbanos se encontrava saturado desses profissionais (Sanches et al., 2008). Nesse cenário, a garantia de um emprego, acompanhado da relativa estabilidade do vínculo público, apareceu como uma boa e segura alternativa.

A rotina de trabalho e as atividades desenvolvidas pelos profissionais que atendiam num ou noutro modelo se assemelharam. Isso ficou evidente pela descrição das tarefas e pelos relatos de organização e processos de trabalho vivenciados. À medida que as estratégias de trabalho da AB se universalizaram no município, e dentro delas as de Saúde Bucal / odontologia, houve preconizações, normatizações, desempenhos etc. que eram esperados de qualquer profissional que atuasse nesse nível da atenção, não importando se era de UBS tradicional ou de PSF / mista. Isso fez com que as atividades realizadas fossem se aproximando, tornando-se, mais ou menos, as mesmas: clínica odontológica, atividades extramuros – os procedimentos e as ações coletivos, o atendimento de urgências, trabalhos preventivos e educativos para grupos; excetuam-se as VD, que apenas os profissionais vinculados ao PSF realizavam. Claro que havia diferenças, algumas significativas, entre o desempenho dos profissionais "tradicionais" e o das ESB, mas o que chamou a atenção, aqui, foi o elenco de atividades que pareceu quase indistinto.

Outro aspecto muito similar entre as UBS tradicionais e as de PSF / mistas era o relativo "isolamento" (ou autonomia) da ESB em relação às demais equipes ou profissionais das UBS. Essa característica advinha do próprio caráter do trabalho odontológico, que envolvia equipamentos e materiais sem os quais o trabalho não se realizava. Isso os fazia permanecer afastados de certas dinâmicas das UBS, chegando, em alguns casos, como a pesquisa revelou, ao agendamento de pacientes independentemente do agendamento geral da UBS. Ficou claro, também, que havia iniciativas de alguns profissionais ou ESB em romper esse circuito, autoimposto, mas constituíam, ainda, iniciativas individuais, em fase incipiente.

Uma queixa unânime entre os profissionais de SB (CD, ACD e THD) era o excesso de trabalho decorrente da demanda. Alguns fatores que causavam esse problema já foram exaustivamente apresentados nos depoimentos dos entrevistados: a demanda reprimida para adultos e idosos, a ampliação da cobertura com as estratégias pró-ativas do PSF, a expansão desse tipo de serviço na rede, o custo elevado do atendimento odontológico que propiciava a pressão da população por esse serviço. Mas, segundo o depoimento de uma supervisora da SMS/SP, havia carência, de fato, de profissionais de SB na rede municipal de saúde de São Paulo.

> *"Temos escassez de Unidades de Saúde Bucal e escassez de Recursos Humanos nas Unidades que têm Saúde Bucal. (...) Isso limita o atendimento* (refere-se a uma Unidade que tem vários dentistas e apenas um ACD)*, isso limita o atendimento porque se você não tem ACD você tem que agendar menos pacientes. A falta de ACD acaba por atender menos. Essa falta decorre da não contratação. O ACD faz parte da Equipe de Saúde Bucal!"*

E continuando esse raciocínio,

> "(sobre a política do Ministério) *Não foram todas as áreas que foram liberadas para ter Saúde Bucal, como também não são todos os lugares que têm espaço para Cirurgião Dentista. E aí, o governo federal preferiu investir no que ele chama de 'Brasil Sorridente', que são os CEOs* (Centro de Especialidades Odontológicas). *Ele desviou recursos da Saúde Bucal para esse segmento de CEOs e não ampliou, de uma maneira significativa, para Equipes de Saúde da Família. É uma estratégia deles..."*

> *"Quer dizer, temos muito menos Equipes de Saúde Bucal junto ao PSF. Na nossa região não tenho nenhuma Saúde Bucal, aqui na Centro-Oeste. Outras regiões têm, mas nós não temos. Mas também não temos condições locais para ter."*

Esse depoimento confirmou o que outros profissionais vocalizaram. Além da pressão da demanda, havia falta de profissionais contratados para cobrir o volume da demanda.

Uma última queixa comum, que apareceu nas UBS tradicionais e PSF / mistas, era a fragilidade do sistema de referência e contrarreferência. Esse tem sido um gargalo na atenção da Saúde da Família e na AB em geral nos municípios. Esse estrangulamento vem sendo exaustivamente discutido por gestores de todos os níveis (municipal, estadual e federal) bem como por pesquisadores e trabalhadores da saúde.

Considerados esses aspectos comuns a ambas as UBS com modalidades de atenção diferentes, restaram algumas questões relativas ao processo e organização do trabalho, à capacitação e ao vínculo, mais atinentes a um ou outro modelo assistencial.

Nas UBS tradicionais, o CD pareceu não viver grande conflito com as tarefas que ele deveria cumprir em âmbito da AB, na medida em que era ele quem organizava o seu processo de trabalho, detendo maior controle sobre esse processo. Esse aspecto, que era confortável por um lado, por outro trazia sobrecarga, pois era ele, o CD, quem programava, realizava e controlava todas as tarefas e etapas do seu trabalho, responsabilizando-se por sua produção. Esse conflito se expressava não apenas no ritmo do trabalho, na diversidade das tarefas, mas também na tensão entre um trabalho de clínica mais especializada *versus* clínica mais generalista, entre o atendimento clínico *versus* as ações coletivas etc. Para esse profissional, a solidão no processo de trabalho fazia com que ficasse mais exposto às vicissitudes da clientela / população. Ainda causava retraimento e desenvolvia resistências a atender segmentos diferenciados como moradores de rua, imigrantes como os bolivianos etc., já que qualquer diferença poderia significar dificuldade, novos desafios que seriam enfrentados isoladamente. Como afirmam Sanches et al. (2008), trata-se de "uma demonstração do esgotamento do caráter liberal da profissão".

Para aqueles que trabalhavam no modelo de Saúde da Família, o grande diferencial era o trabalho em equipe, "a quatro mãos". Essa organização do trabalho garantia agilidade, maior capacidade de atendimento da demanda, melhores garantias de biossegurança no trabalho, além de apoio mútuo e espírito solidário entre os membros da equipe. Não quer dizer que não houvesse tensões, atritos, conflitos, como bem ficou demonstrado nos resultados, mas o saldo, do ponto de vista dos profissionais, foi bastante positivo.

Diante dos desafios impostos às equipes por um modelo como o PSF, que envolvia expor-se à população da área de abrangência, a pró-atividade e procedimentos inovadores – como as ações coletivas, a equipe funcionava como uma base de apoio e de suporte diante do inusitado, do desafiador. Funcionava também como instância de discussão e esclarecimento dos fatos, dos casos. Esse papel de suporte "empodera" os profissionais que vão, assim, paulatinamente, se fortalecendo nessa mudança (de uma formação / prática tradicional para a de saúde da família). Se, na modalidade tradicional, a coordenação do processo do trabalho estava depositada na coordenação da Unidade Básica, na modalidade de Saúde da Família, entre o coordenador da UBS e os profissionais, se instituiu uma coordenação / gestão das ESB. Essa instância serviu para discutir o trabalho, planejar e acompanhar o seu desenvolvimento, promovendo a integração e agregando conhecimentos. O trabalho se tornou, assim, mais vivo (Araújo e Rocha, 2007) e, em alguns casos, mais criativo, como o exemplo do CD que criou um grupo de saúde dos homens em sua UBS.

Os depoimentos revelaram, também, grande satisfação com os resultados desse trabalho. Isso talvez advenha do fato de, em equipe de PSF, o trabalho ser desenvolvido de forma mais ampla e completa; a clínica ganhava ressonância na ação comunitária, e vice-versa, o que dava ao profissional melhor visibilidade do processo de trabalho como um todo e seus resultados. Foi quase unânime a afirmação da satisfação em atender a população, conseguir fazer isso com qualidade, completar tratamentos etc.

Para esses profissionais, no entanto, um motivo de tensão foi o vínculo com a instituição parceira que, segundo um dos depoimentos, fazia com que se tivesse em São Paulo "vários PSF". Esse vínculo também acentuava, como demonstrado, as pressões quanto à produtividade do trabalho, o que inquietava os trabalhadores.

Houve referências, por parte de todos os profissionais, a capacitações frequentes e, em sua maioria, consideradas positivas. Isso decorre do fato de que havia necessidade de certa padronização das ações e procedimentos no nível da AB, tanto para viabilizar a gestão da própria AB em âmbito municipal quanto para viabilizar a produção a fim de contabilização para recebimento dos recursos de financiamento desse nível da atenção.

> *"O Cefor* (Centro de Formação do Trabalhador) *faz a formação técnica do ACD e trabalha em parceria com a Coordenação de Saúde Bucal na capacitação. Na nossa formação técnica nós formamos o THD: como o ACD é itinerário para técnico, a gente começa com o ACD. No projeto conjunto com o Ministério da Saúde tem sido feita muita capacitação. Em parceria com a USP* (Universidade de São Paulo) *e mais um* pool *de Universidades; inclusive para adequar a metodologia de trabalho deles. Porque alguns eu queria inovar a metodologia. Fizemos capacitação pedagógica até no sábado. Começou em 2004. As reuniões com as Universidades* em 2005. *O recurso chegou agora e está sendo executado. No momento tem muito cirurgião-dentista, técnico e ACD passando por capacitação."*

REFERÊNCIAS

Almeida TF, Vianna MIP. O papel da epidemiologia no planejamento das ações de saúde bucal do trabalhador. Saúde e Sociedade 2005; 14(3):144-54.

Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(1):219:27.

Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(2):455-64.

Bousquat A, Cohn A, Elias PEM. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades In: Viana ALA, Elias PEM, Ibañez, N (org.). Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec / FMUSP / CEDEC / CEALAG / FCMSC e LEPS/UFRJ; 2005.

Cohn A, Nunes E, Jacobi PR, Karsh US (ed.). A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez / CEDEC; 1991.

Ianni AMZ. Os sujeitos da equipe de saúde bucal do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. In: Silva JA, Seixas PHDA, Marsiglia RMG (org.). Os sujeitos do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. São Paulo: CEALAG / Memnon; 2011. (Coletânea ObservaRHSP: estudos e projetos. Volume 1, Capítulo 5).

Nakamura E, Tasca SF. A implantação do PSF no município de São Paulo. Sâo Paulo: CEDEC; 2002. (Relatório Parcial do Projeto de Avaliação e Monitoramento de Programas de Atenção Básica no Brasil).

Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar partilhado. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(1):105-14.

Sanches HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. Ciência & Saúde Coletiva 2008; 3(2):523-31.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Diretrizes para a atenção em saúde bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal.

São Paulo: Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde Bucal; 2006.

Silva JA. Os agentes comunitários de saúde do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. In: Silva JA, Seixas PHDA, Marsiglia RMG (org.). Os sujeitos do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. São Paulo: CEALAG / Memnon; 2011. (Coletânea ObservaRHSP: estudos e projetos. Volume 1, Capítulo 4).

Sposati A. Mapa da exclusão / inclusão social da cidade de São Paulo. São Paulo: Editora da PUC/SP; 1996.

PARTE II

A Integralidade na Atenção Básica

CAPÍTULO 4

Modelos de Atenção Básica à Saúde em São Paulo e a Integralidade: gerentes, profissionais, usuários

Arnaldo Sala, Carla Gianni Luppi,
Oziris Simões, Regina Maria Giffoni Marsiglia

RESUMO

MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM SÃO PAULO E A INTEGRALIDADE: GERENTES, PROFISSIONAIS, USUÁRIOS: Neste capítulo são discutidos os sentidos atribuídos ao princípio da Integralidade na Atenção Básica, nas vertentes horizontal (articulação entre promoção, prevenção e recuperação da saúde; acolhimento; fluxo para os modelos de atendimento existentes na unidade; cadastramento e visitas aos domicílios; reuniões; agendamentos) e vertical (integração da unidade básica com serviços de média e alta complexidade). Investigaram-se os limites e as possibilidades da efetivação do princípio da Integralidade do atendimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas regiões Norte e Centro-Oeste da cidade de São Paulo. Considerou-se uma tipologia de modelos assistenciais, baseada na diferenciação da organização do trabalho nas UBS: unidades organizados sob o modelo da Ação Programática em Saúde (AP); unidades organizadas exclusivamente sob o modelo do Programa de Saúde da Família (PSF); e os serviços organizados concomitantemente sob os dois modelos, no mesmo espaço físico (MISTAS). Amostra intencional incluiu dez das 86 UBS existentes, organizadas sob os três modelos, com população de diferentes situações sociais e diferentes parceiras da SMS para implantação do PSF. Para o trabalho de campo, foram aplicados diferentes instrumentos para captação da percepção: entrevistas semiestruturadas com pessoas-chave (dez gerentes); questionários e escalas de opinião (dez gerentes, 105 profissionais e 184 usuários); observação do funcionamento das UBS ao longo de uma semana, em períodos alternados. O uso de vários instrumentos de coleta de dados contribuiu para o aprofundamento do conhecimento desse processo complexo. Os modelos em que as UBS estavam organizadas tinham influência na efetivação da Integralidade. A Integralidade Horizontal, na percepção dos entrevistados, era um pouco mais garantida nas unidades organizadas sob o modelo da PSF do que da AP: melhor acesso a consultas e serviços existentes na unidade, vínculo entre profissionais e usuários, especialmente com o Agente Comunitário de Saúde, visitas domiciliares de ro-

tina, favorecendo a abordagem familiar. Na abordagem comunitária, as diferenças não foram tão evidentes. Nas unidades Mistas, observou-se a não articulação entre os dois modelos, apesar dos esforços de algumas direções. A Integralidade Horizontal foi perceptível na atuação das equipes de Saúde da Família. Integralidade Vertical pareceu não sofrer influência dos modelos, sendo dificilmente garantida para qualquer usuário, por depender do sistema de Regulação de Vagas, tornando consultas e procedimentos fora da unidade e de maior complexidade pouco acessíveis para todos, bem como contrarreferência de má qualidade ou inexistente. Os resultados apontaram Integralidade também dificultada pela existência de demanda reprimida na Atenção Básica ou pela sistemática de agendamento orientada pela administração municipal, o tamanho e a planta da unidade, localização topográfica em distritos censitários de maior vulnerabilidade social. Fatores favoráveis à observância do preceito incluíram: esforços de algumas gerências, "criando" redes locais para facilitar o acesso, e a postura, a experiência e a capacitação de funcionários, especialmente no Acolhimento / Recepção.

Descritores: Integralidade na atenção básica à saúde; Programa Saúde da Família; Ação Programática em Saúde; Integralidade horizontal; Integralidade vertical.

ABSTRACT

THE INTEGRALITY IN THE BASIC ATTENTION TO HEALTH IN THE CITY OF SÃO PAULO: MANAGERS, PROFESSIONALS, CLIENTS: The meanings attributed to the principle of Integrality in the Basic Attention, both in horizontal (articulation of health promotion, prevention and recover; reception; procedural flow for the service models available in the unity; register and visits to the community houses; meetings; arrangements) and vertical (integration of the basic unity with medium and high complexity services) aspects are discussed. Limits and possibilities for effecting the principle of Integrality in the care procedures in the Basic Health Unities (BHU) were investigated in the Northern and Central Western districts in São Paulo city. A typology of assistance models based on the different work organizations in the BHU was considered, as follow: unities organized under the model of Programmatic Action in Health (PA); unities organized exclusively under the model of Family Health Program (FHP); services organized simultaneously under both models in the same space (MIXED). Intentional sample included ten out of the 86 available BHUs, organized under the three referred models, attending populations from different social situations, and involving different partners of the Municipal Health Secretary for the FHP implementation. For the fieldwork, different instruments for collecting data on perception were applied: semi-structured interviews with key-persons (ten managers); questionnaires and opinion scales (ten managers, 105 professionals, and 184 clients); observation of the BHUs functioning along a work-week, in alternate periods. The application of several instruments for data collection contributed for deepening the knowledge of such complex process. The service models in which the BHU were organized worked up on effecting the Integrality. In the perception of the interviewed people, Horizontal Integrality was a little more effective in the FHP unities compared to the PA unities: better access to arrangements and to the services available in the unities, better entailment between professionals and clients, especially regarding to the Community Health Officer, and better routine domiciliary visitations favoring the approach to families. Regarding the approach to the community, differences were not so evident. The non articulation between FHP and PA models was observed in the MIXED unities, in spite of the efforts of some directions. Horizontal Integrality was perceived in the actuation of the Family Health teams. Vertical Integrality seemed not to be influenced by the service models, and was hardly effected for any client in virtue of depending on the system of Vacancy Regulation, resulting in low accessibility to out-of-unities and more complex arrangements and procedures, as well as in bad quality or even inexistence of contrarreference. Results also showed difficult Integrality attributed to repressed demand in the Basic Attention, arrangements system oriented by the municipal administration, the unities installations, as well their topographic location in districts with higher social vulnerability. Favorable factors concerning the accomplishment of such axiom included: efforts of some managers in the sense of "creating" local chains to facilitate the accessibility, and the attitude, the experience and the training of the workers, especially in terms of Reception.

Keywords: *Integrality in the basic health attention; Family Health Program; Programmatic Actions in Health; Horizontal integrality; Vertical integrality.*

APRESENTAÇÃO

Modelos de Atenção Básica à Saúde em São Paulo e a Integralidade: gerentes, profissionais, usuários é um estudo sobre a Integralidade no atendimento à clientela, nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo.

O estudo aqui apresentado não foi projetado dessa maneira desde o início. O projeto original de pesquisa, sob o título *Integralidade e Atenção Primária em Saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo*, propunha-se, mediante análise do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizadas sob diferentes modelos de organização dos serviços, a identificar diferenças na observância do princípio da Integralidade na atenção à saúde dispensada aos clientes. Questões de diferentes ordens, entretanto, orientaram a opção por concentrar o olhar investigativo sobre os limites e as possibilidades da efetivação do princípio da Integralidade em cada modelo de organização dos serviços de atenção básica existente na cidade de São Paulo.

A base teórico-conceitual concentrou-se, então, na discussão sobre os sentidos atribuídos ao princípio da Integralidade, nas vertentes horizontal e vertical, na Atenção Básica. Esse referencial foi desenvolvido a partir de seminários realizados entre os membros da equipe de pesquisa constituída no primeiro semestre de 2006, com a finalidade de homogeneizar os conceitos teóricos, refinar a metodologia e readequar o trabalho de campo. Assim sendo, o estudo aqui apresentado buscou analisar quais dimensões da Integralidade estavam sendo contempladas nos modelos de Atenção Básica, historicamente realizados na cidade de São Paulo na última década.

Tendo em vista a especificidade desse processo na cidade de São Paulo, constituiu-se, para os fins do estudo, uma tipologia de modelos assistenciais baseada na diferenciação da organização de serviços de Atenção Básica na região Norte e na região Centro-Oeste do município, a partir de 2001, conforme se segue:

1) Os serviços organizados sob o modelo da Ação Programática em Saúde, que se constituiu como hegemônico nas UBS da cidade de São Paulo, a partir da década de 1970. As unidades organizadas segundo esse modelo foram, na pesquisa, denominadas Unidades Básicas de Saúde / Ação Programática ou, pela sigla **AP**.

2) Os serviços organizados exclusivamente sob o modelo do Programa de Saúde da Família – PSF, proposto pelo Ministério da Saúde, em 1995, o qual passou a ser implantado na cidade de São Paulo a partir de 1996, com a denominação, na época de Projeto Qualis. Essas unidades básicas foram denominadas, na pesquisa cujos resultados aqui se apresentam, de Unidades Básicas de Saúde / Programa Saúde da Família ou pela sigla **PSF**.

3) Os serviços organizados, concomitantemente, sob os dois modelos: Ação Programática e Programa Saúde da Família, no mesmo espaço físico, como resultado do processo de expansão do PSF, a partir de 2001, na cidade de São Paulo, nas UBS municipais e da municipalização das UBS estaduais, nesse mesmo período. Essas unidades foram denominadas "Unidades Mistas" ou referidas pela sigla **MISTAS.**

Nesses três modelos de organização da assistência, buscou-se caracterizar o processo da Integralidade, considerado, em sua forma generalizada, como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde que se articulam para a realização do cuidado à saúde, ações essas estruturadas no mesmo espaço, com saberes que se interpenetram e cujo molde é garantido na visualização / concreção da organização do serviço ali prestado.

Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, mediante o Edital 49/2005, MCT-CNPq, MS-DAB/SAS, PROCESSO 40.241/2005-1. Em sua execução, sob a coordenação da Professora Regina Maria Giffoni Marsiglia, foi desenvolvido entre 2007 e 2008, pelo Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG, com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Foram coordenadores responsáveis por parte da pesquisa: Arnaldo Sala, Carla Gianna Luppi e Oziris Simões. Foram pesquisadores de campo: Denise Andrade, Julia Valeria, Jardelina do Nascimento Santos, Jéssica Vilan Bove, Jucélia Barbosa, Selma Patti Spinelli, Maria Olinda Carreira e Maria Emília Carmineti.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Atenção Primária à Saúde:

Referências históricas

Desde o início do século XX, os serviços de saúde têm sido classificados em diferentes níveis de atenção, de acordo com a complexidade tecnológica e as atribuições. Lord Dawson of Penn propôs, no início do século XX, na Inglaterra, um sistema de saúde organizado em três níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola (Starfield, 2002:30).

Em 1977, a Assembleia Mundial da Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde, definiu como meta principal que, até o ano de 2000, os países deveriam proporcionar a seus cidadãos um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva, declaração essa que foi denominada de "Saúde para todos no ano 2000" (Starfield, 2002:30). No ano seguinte (1978), na Conferência de Alma-Ata, foram especificados alguns componentes fundamentais da organização da Atenção Primária, tais como:

- Educação em saúde;
- Saneamento ambiental (em especial, águas e alimentos);
- Programa de saúde materno-infantil (imunizações e planejamento familiar);
- Prevenção de doenças endêmicas locais;
- Tratamento adequado de doenças e lesões comuns;
- Fornecimento de medicamentos essenciais;
- Promoção de boa nutrição;
- Medicina tradicional (Ministério da Saúde, 2001:15).

Dez anos depois, a Organização Mundial da Saúde reafirmou, na década de 1990, um conjunto de princípios que constituía a base da Atenção Primária nos serviços de saúde. Esses princípios, divulgados na Carta de Lubliana (1996), apontavam que os sistemas de atenção à saúde deveriam ser:

- Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- Direcionados para a promoção e para a proteção da saúde;
- Centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciassem nos serviços e assumissem a responsabilidade por sua própria saúde;
- Focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- Baseados em financiamento sustentável para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo;
- Direcionados para a Atenção Primária (Starfield, 2002:21).

A Atenção Primária dirige-se a pacientes que, em geral, têm múltiplos diagnósticos e queixas vagas, os quais, normalmente, não podem ser identificados em diagnósticos mais precisos. As propostas de tratamento, nesse sentido, devem buscar melhoria na qualidade de vida dos indivíduos (Starfield, 2002), considerando-se que, mesmo em países e regiões de grande desigualdade na distribuição de riquezas, os serviços de saúde podem ter influência razoável na melhoria da situação de saúde, especialmente se eles tiverem uma rede de Atenção Primária bem desenvolvida. Isso se deve ao fato de a Atenção Primária não enfocar apenas a enfermidade do indivíduo, mas concentrar-se também nas condições de vida, trabalho e ambiente da população de uma determinada região (Starfield, 2002). Utilizam-se, para isso, uma rede de serviços de saúde e outras instituições existentes naquela localidade, além do atendimento nos domicílios.

No Brasil, a Atenção Primária se desenvolveu basicamente a partir de dois grandes modelos teóricos: o modelo da Programação em Saúde ou Atenção Programática, nos anos 1970, e o modelo do Programa de Saúde da Família, nos anos 1990. O modelo de Atenção Programática originou-se da atuação da Saúde Pública, no século XX, concretizada em quatro grandes fases: a primeira, de priorização do Saneamento do Meio por meio de obras de engenharia

sanitária e normas de controle sobre a população; a segunda, das Campanhas Sanitárias, "programas verticais" voltados para o controle das grandes epidemias; a terceira, da Educação em Saúde e Prevenção, incentivando a saúde materno-infantil e a criação dos primeiros centros de saúde, por influência da Fundação Rockfeller, representada no Brasil por Paula Souza; e a quarta, de Integração dos Serviços de Saúde Pública com os serviços de assistência médica, incentivada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, nos anos 1960.

Nos anos 1970, as secretarias estaduais e municipais de saúde foram incentivadas a reorganizar seus serviços sob o modelo da Ação Programática: programas de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde mental, saúde bucal e programas especiais para atendimento à tuberculose e à hanseníase.

Nessa perspectiva, incentivou-se a constituição da ação dos serviços numa base territorial, o acompanhamento das pessoas ali residentes, o desenvolvimento de ações de promoção (educação em saúde, por exemplo) e de prevenção à saúde (programas de imunização, por exemplo), reduzindo a atenção à demanda espontânea da população dos serviços.

O Programa de Saúde da Família (PSF), consolidado pelo Ministério da Saúde em 1995, procurou substituir as práticas convencionais da Atenção Primária, orientando-as pelos princípios da Vigilância em Saúde. Promoveu, nas Unidades de Saúde da Família, o trabalho com o território de abrangência, a responsabilização de equipes multiprofissionais (integradas por um Médico, um Enfermeiro, um ou dois Auxiliares de Enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde) por um conjunto de até 1.000 famílias, o cadastramento prévio dessas famílias no território, e a sua instalação em postos de saúde ou UBS já existentes nos municípios[4]. Segundo a proposta, as Equipes de Saúde da Família deveriam:

- Conhecer a realidade social, demográfica e epidemiológica das famílias pelas quais eram responsáveis;

- Identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco aos quais a população estava exposta;

- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença;

- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção a saúde;

- Resolver, pela adequada utilização do sistema de referência e contrarreferência, os principais problemas detectados;

- Desenvolver processos educativos em saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;

- Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (Ministério da Saúde, 1997).

1.1.1 A Atenção Primária à Saúde em São Paulo

No caso do estado de São Paulo, os Programas da Ação Programática foram implantados no espaço dos centros de saúde da rede estadual constituída a partir da reforma da Secretaria de Estado da Saúde, em 1972, na gestão do Dr. Walter Leser, tendo sido criada, entre outras, a Coordenadoria de Saúde da Comunidade com responsabilidade sobre essas unidades de saúde. Também na cidade de São Paulo, em 1974, com a reforma da Secretaria de Higiene e Saúde, sob a direção do Dr. Cornélio Rosemburgo, foi viabilizada a Atenção Programática nos Postos de Saúde do município. Portanto, a experiência da Atenção Primária organizada sob o modelo de Ação Programática, que alguns chamam de "tradicional", foi implantada há mais de três décadas, disseminada nos vários municípios do estado e nas várias regiões da cidade de São Paulo, e mantém-se, até o momento, como uma das formas de organização dos serviços de saúde nesse nível de atenção à saúde.

Já a organização dos serviços de Atenção Primária nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF) é mais recente, e vem sendo incentivada pelo Minis-

[4] As UBS – Unidades Básicas de Saúde são oficialmente denominadas nos documentos e amplamente citadas na literatura dos estudos pertinentes sob a denominação Atenção Básica. Aparecem referidas à rede física do Sistema Único de Saúde.

tério da Saúde desde 1995, em parceria com gestores estaduais e municipais. É uma estratégia de universalização da Atenção Primária e de reorientação do Sistema de Saúde no Brasil para ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, de maneira integrada, em um território definido.

A proposta, apresentada no documento do Ministério da Saúde *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial* (1997), demonstra estreita articulação entre os princípios da Medicina de Família, Medicina Comunitária e Atenção Primária (Novaes et al., 1999).

No município de São Paulo, desembarcou, em 1995, por meio de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, com a denominação de Qualidade Integral em Saúde (Projeto Qualis). Esse fato se deu em virtude de os serviços de saúde do Município de São Paulo terem sido transformados em cooperativas de saúde, operados pelo setor privado, por meio do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), durante as administrações municipais dos Prefeitos Paulo Maluf e Celso Pitta, de 1993 a 2000.

Até o ano de 2001, o Qualis foi implantado em UBS, perfazendo 226 equipes distribuídas nas zonas Leste, Norte e Sudeste do município, em parceria com essas duas organizações, e estendido para a zona Sul, por meio de novas parcerias com a Associação Congregação Santa Catarina e a Organização Santamarense de Educação e Cultura (Unisa), além do *Qualis Próprio*, viabilizado pela própria Secretaria de Estado em algumas UBS. .

A partir de 2001, com a municipalização da saúde na gestão da Prefeita Marta Suplicy e do Dr. Eduardo Jorge Sobrinho, como Secretário Municipal da Saúde, o PSF foi expandido sob a coordenação do nível municipal. Essa implantação do PSF no município de São Paulo apresentou duas características fundamentais. Em primeiro lugar, o fato de a proposta de implantação do PSF ter sido iniciada pela SMS/SP apenas a partir de 2001, e em segundo, a nova proposta de estruturação da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/SP. Alguns de seus princípios, principalmente aqueles que nortearam a política de municipalização da saúde por meio do Projeto de Distritalização, foram apresentados como uma realização conjunta da SMS/SP e da SES/SP, por meio da Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo – CSRMGSP e da Direção Regional de Saúde – DIR I. Foi proposta a fusão da estrutura dos cinco Núcleos de Saúde da SES/SP e das dez Administrações Regionais de Saúde (SMS/SP) para a configuração inicial de 41 Distritos de Saúde anunciada em 2001, que foi alterada pelo Comunicado SMS 87/2002 para 39 Distritos, a fim de adequar-se aos limites das Subprefeituras do município. Em 2003, definiram-se 31 Subprefeituras e 31 Coordenadorias de Saúde na cidade de São Paulo (Ianni e Nakamura, 2004).

O projeto inicial da SMS/SP para a implantação do PSF no município de São Paulo tinha como meta criar 1.749 Equipes de Saúde da Família e 10.496 Agentes Comunitários de Saúde para o quadriênio de 2001-2004, incluindo, também, 875 Equipes de Saúde Bucal, com prioridade para os distritos mais carentes do município. Era esperada a cobertura aproximada de seis milhões de habitantes. As equipes deveriam ser implantadas segundo as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde pela Portaria 1.886/GM, de 18/12/1997. No entanto, em função da complexidade do município de São Paulo e da necessidade política de conduzir o processo de municipalização, foram adotadas algumas estratégias próprias e o questionamento de algumas normas do Ministério, as quais foram consideradas incompatíveis com as características do município, uma grande metrópole.

A SMS/SP iniciou o processo de implantação do PSF por meio da incorporação progressiva das UBS ao PSF, visando à reestruturação do sistema municipal de saúde: "a SMS/SP terá sua rede básica gradativamente transformada pela estratégia da saúde da família, nos próximos quatro anos". Tendo em vista a incorporação das UBS ao PSF, a equipe básica do PSF seria complementada por outros profissionais que integravam a UBS. Era esperado que a ênfase no aspecto da complementaridade impedisse a sobreposição de ações.

A expansão do PSF foi viabilizada por meio de convênios com novas instituições parceiras: Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Associação

Saúde da Família, Associação Comunitária Monte Azul, Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim, Instituto Adventista de Ensino, Fundação Faculdade de Medicina da USP, Hospital Israelita Albert Einstein, e Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A responsabilidade das instituições parceiras pelo PSF e respectivas equipes, no território do município, é evidenciada no Mapa 1.

Na contratação dos profissionais, deveriam ser priorizados aqueles que já integravam a rede de serviços de saúde do município e que desejassem incorporar-se ao PSF. O processo de seleção foi realizado conjuntamente pela Coordenadoria de Saúde do Município e pela instituição parceira.

A escolha dos Distritos de Saúde para implantação do PSF recaiu sobre áreas definidas como prioritárias, com base no Mapa da Exclusão / Inclusão Social da Cidade de São Paulo (Sposati, 2000). Foi priorizada a população mais carente em cada uma delas, com renda familiar de até cinco salários mínimos. O número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi dimensionado para o atendimento dessa parcela da população. O Plano de Saúde, em cada Distrito, deveria definir as áreas de maiores riscos socioeconômicos e geográficos.

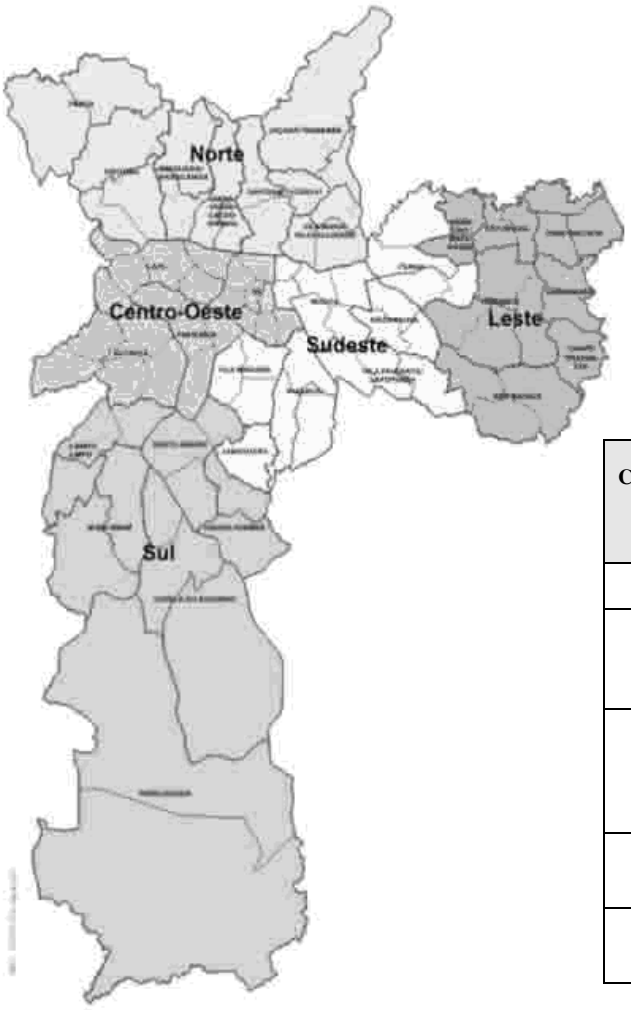
Mapa 1. Distribuição das parceiras da SMS/SP para implantação do PSF, a partir de 2001, por regiões e distritos, na cidade de São Paulo, 2004.

Posteriormente, em reunião da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) de 14/12/2001, a SMS/SP encaminhou à SES/SP ofício em que apresentava o cronograma proposto para a "sub-rogação dos convênios PSF/Qualis". Estabelecia-se, aí, o compromisso de consolidação do processo de municipalização, com o repasse progressivo das 226 equipes do Qualis nas zonas Norte, Leste, Sudeste e Sul para a Secretaria Municipal de Saúde, conforme cronograma definido a partir de janeiro de 2002.

Em 2004, a Secretaria Municipal de Saúde já tinha contratado 670 ESF por meio das parceiras.

Em 2005, na administração do Prefeito José Serra, a SMS foi reestruturada, e as 31 Coordenadorias de Saúde foram reagrupadas em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde que passaram a articular os Serviços de Atenção Básica e Centros de Referências (DST/AIDS, Saúde do Trabalhador, Centros de Apoio, Serviço Social etc.) localizados no território das várias Subprefeituras, conforme o Mapa 2**.**

Em 2007, o total de UBS chegava a 408, sendo 142 (34,8%) do modelo Saúde da Família, 176 (46,50%) do modelo de Ação Programática, e 76 (18,6%) do modelo Misto. Em relação ao PSF, a SMS/SP detinha 1.008 EFS.



COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE	SUBPREFEITURAS
CENTRO-OESTE	**BUTANTÃ; LAPA; PINHEIROS; SÉ**
LESTE	CIDADE TIRADENTES; GUAIANASES; ERMELINO MATARAZZO; ITAQUERA; ITAIM PAULISTA; SÃO MATEUS; SÃO MIGUEL.
NORTE	**CASA VERDE/CACHOERINHA; PERUS; PIRITUBA FREGUESIA DO O/BRASILANDIA; SANTANA/TUCURUVI; JAÇANA/TREMEMBÉ; VILA MARIA/VILA GUILHERME**
SUDESTE	ARICANDUVA; IPIRANGA; JABAQUARA; MOOCA; PENHA; VILA MARIANA; VILA PRUDENTE/SAPOPEMBA.
SUL	CAMPO LIMPO; CIDADE ADEMAR; M` BOI MIRIM; PARELHEIROS; SANTO AMARO; SOCORRO

Mapa 2. Coordenadorias Regionais de Saúde por Subprefeitura e Distrito Administrativo, Município de São Paulo, 2005.

1.2 Integralidade: Modelos organizacionais na Atenção básica

1.2.1 A Integralidade

A discussão teórica sobre a Integralidade terá sempre o cotejamento com o processo social de constituição e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, a Integralidade pode ser entendida como "atendimento integral" focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Integralidade pode ser considerada como um dos atributos próprios da Atenção Primária, tal como propõe Starfield (2002).

A Integralidade pode, também, ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se interpenetram.

Outro ângulo de aproximação à Integralidade considera a rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações, nos diversos níveis, se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo. Se, no primeiro ângulo considerado, da integração horizontal da prevenção, da promoção e da recuperação, concorrem os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde, ali cabe considerar a atuação decisiva dos gestores que organizam o conjunto dos serviços de saúde e que estabelecem articulações favorecedoras de Integralidade entre os diferentes níveis de complexidade e de competência de uma rede de serviços de saúde.

No âmbito da prática profissional, Pinheiro e Mattos (2003) apontam a Integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

> *"Incorpora a dimensão da prevenção aos fatores de risco articulado à assistência - um dos sentidos da Integralidade como uma boa prática da biomedicina. Ou seja, além de diagnosticar a patologia atua com uma visão de prevenção para os demais fatores de risco não explicitados pelo paciente. Ampliando para além do profissional médico, a equipe deve estar organizada para propiciar a oportunidade de trabalhar de forma integral, para além da atitude do profissional. Portanto os sentidos da Integralidade que incidem sobre as práticas do profissional devem discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e o controle das doenças."* (Pinheiro e Mattos, 2003:39).

Na organização dos serviços e das práticas de saúde, a Integralidade busca romper com a polaridade entre saúde pública e assistência médica, ou entre as ações de prevenção e as de recuperação da saúde:

> "*Os serviços devem, ainda, estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população sob sua responsabilidade. Nesse sentido, a Integralidade pressupõe um modo de organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca contínua da ampliação do horizonte de percepção das necessidades de saúde de um grupo populacional para além daquilo que é expresso nas demandas ao serviço de saúde. Nestes termos, Integralidade pressupõe o conceito de cuidado em saúde, que considera a relação assimétrica entre sujeitos, em que o profissional deve praticar o reconhecimento do outro como alguém diferente de si e com necessidades não redutíveis ao conhecimento que instrumentaliza o profissional de saúde."* (Costa, 2004:5-15).

É importante ressaltar que o Brasil desenvolve o maior programa de inclusão social já realizado na nossa História: o SUS. Regulamentado pela Lei 8.080,

de setembro de 1990, tem como eixo central garantir a todos os cidadãos a atenção à saúde, assegurando o acesso universal, integral e igualitário. Essa atenção deve ser oferecida de forma qualificada e continuada e por meio de medidas de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Sua organização inclui um sistema de gestão partilhada entre as três esferas de governo e representações da sociedade.

A Integralidade é um dos princípios ordenadores do SUS, assim como a Universalidade de Acesso, a Equidade, a Participação da Comunidade, a Descentralização Político-administrativa, com direção única em cada esfera. O SUS se configura, assim, como um conjunto de ações e serviços de saúde, seguindo os princípios ordenadores da concepção ampla de proteção social à saúde garantida na Constituição de 1988.

Entretanto, o proposto no texto da Lei Magna, para atingir a realidade que historicamente vinha sendo delineada, exigia um esforço gigantesco. Empreender a Reforma Sanitária para alcançar o SUS significava desmontar a perversidade de um sistema "altamente centralizado, acentuadamente privatizado, crescentemente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira, com clara divisão de trabalho entre os setores público e privado e dicotomicamente voltados para o coletivo, tradicionalmente área de competência da Saúde Pública; e para o individual, consultas e atos de maior complexidade tecnológica e onerosos, ficando para o setor privado o atendimento mais rentável e lucrativo. Além de profundamente discriminatório e injusto, com acentuadas distorções na sua forma de pagamento" (Elias e Cohn, 2001:42).

A década de 1990 presenciou o avanço da descentralização do Sistema de Saúde, na busca de um modelo gerencial para uma nova estruturação, primordialmente, embora se buscassem também, ainda que a reboque desse enfoque descentralizante, os modelos assistenciais calcados na realidade possível.

Se, no plano conceitual, a Integralidade em relação ao SUS se coloca como princípio ordenador organizativo e se identifica com o conceito de Atenção Básica, vai além dela, quando imprime o valor da Qualidade. O conceito de Atenção Básica, assim, se coloca nos termos da Portaria 3.925, de 13 de novembro de 1998, do Ministério da Saúde, em seu Anexo I:

> *"Atenção Básica é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no grupo Assistência Básica da Tabela do SIA/SUS, quando da implantação do PAB-Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente."* (Ministério da Saúde, DO 220-E, 17/11/98).

Daí a polissemia de sentidos que faz com que a Integralidade seja entendida como a essência do SUS, como o arranjo de ações configurativas da Atenção Básica, mas, sobretudo como afirmação de valores "que merecem ser defendidos" (Mattos, 2003). Esses valores dizem respeito à afirmação da saúde, da qualidade de vida, da integridade do ser humano, em toda vigência de sua subjetividade, autonomia, responsabilidade e identidade: nova forma de se ver o usuário no serviço. Implica, portanto, práticas carregadas de sentido e não, necessariamente, apoiadas em tecnologias pesadas.

> *"As tecnologias leves revelam a sabedoria prática, o não técnico, a interação das subjetividades. A racionalidade prática não é teórica nem técnica... Abarcar o ser em sua integridade exige o reconhecimento de que as condições em que se apoia o corpo, afetam a totalidade do indivíduo e obriga o profissional a ir além do seu objetivo imediato, até as condições ambientais, culturais, sociais e subjetivas... A confiança no médico depende de seu poder de convicção em que a autonomia do sujeito emerge na medida em que o médico deixa o outro em liberdade... O 'Como você se sente?' revela o cuidado na interação de dois sujeitos que resolveram dialogar, numa construção e reconstrução contínua de identidades, talhada no reconhecimento da autoridade e alicerçada pela responsabilidade de relevante para o vínculo*

> *usuário-serviço, para o controle social e da gestão propriamente dita."* (Costa, 2004:5-15).

Daí "contemplar as iniciativas teóricas e práticas que vinculem o cuidado individual à aproximação de corte sociossanitário. Isto é, pensar em diagnósticos de situação, planejamento de ações e monitoramento de processos e resultados relativos a grupos populacionais específicos em dupla direção horizontal e vertical. A organização do Setor Saúde deve se preparar para responder aos projetos de vida e seus obstáculos, dos diversos segmentos populacionais beneficiários de seus serviços. A Intervenção em Saúde na escala coletiva segue o diálogo com os 'sujeitos de carne e osso' constituintes desses coletivos". (Ayres, 2004:28).

O objeto deste trabalho apoiou-se, assim, no ideário da Integralidade, que corresponde a um processo que se inicia na formulação de políticas de nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis de atenção, até a produção de ações de cuidado em saúde por meio de práticas para atenção e cuidado aos indivíduos.

> *"Esse agregado semântico da Integralidade que pontifica como valor e também como ideal regulador, leva a plurais dimensões das necessidades de saúde: os modos de vida, o acesso às tecnologias, a criação de vínculos afetivos entre usuários e serviços e a necessidade de autonomia."* (Camargo, 2003:37).

A escolha do objeto deste trabalho e o recorte da realidade do município de São Paulo aqui descrita visou demonstrar, também, que os modelos da Atenção Básica são produtos históricos, acumulados de distintas fases e culturas, inovações que vão restaurando o tecido social com atividades além das práticas de saúde específicas.

> *"A incorporação de valores de solidariedade, reconhecimento do outro como sujeito autônomo da atenção e do cuidado à saúde, conformam o grande desafio da utopia da Integralidade."* (Costa, 2004:5-15).

Há que se ver, aí, o esforço de uma nação em realizar um desenvolvimento social humano que faça frente à fragmentação globalitária deste começo de século XXI, capaz de contemplar, com equidade, os direitos dos assistidos e dos desassistidos na sociedade democrática. É impossível desconectar as especificidades da Reforma Sanitária Brasileira do projeto societário que a moveu. Segundo Mattos, a Integralidade não é apenas diretriz; é uma bandeira de luta e parte de uma imagem-objetivo desejável:

> *"A noção de imagem-objetivo, tem sido usada no planejamento, para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido. Enuncia-se uma imagem-objetiva com o propósito principal de distinguir o que se almeja construir, daquilo que existe. Toda imagem objetiva tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade ... mas a imagem-objetivo nunca é detalhada. Ao contrário, sempre se expressa por meio de enunciados gerais."* (Mattos, 2003:41).

Calcada num senso de realidade, uma imagem-objetivo não diz como a realidade deve ser; ela traz consigo um grande número de possibilidades futuras. Talvez não devamos buscar definir, de uma vez por todas, a Integralidade, mas buscar a sua concreção na realidade imediata, ou seja, buscar a Integralidade, dissecando a realidade objetiva por meio de conceitos operacionais que vislumbrem a Integralidade na prática, na organização dos serviços.

Para os fins desta pesquisa, foram selecionadas categorias indicativas da Integralidade, por referência aos valores que as sustentassem. Tendo em vista que essas categorias nos permitiam analisar comparativamente os modelos assistenciais da realidade exposta nos serviços, tornou-se necessário partir das características dessas ações comparáveis, nesses modelos, para, *a posteriori*, avaliar a Integralidade neles evidenciada.

1.2.2 Os Modelos Organizacionais

A Atenção Primária, nos moldes da Programação em Saúde, estrutura-se a partir do conceito da integração entre as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, reunindo profissionais de distintas formações para realizar a tarefa. No entanto, este modo de organização do trabalho compartimentaliza as áreas disciplinares que integram cada programa (criança, mulher, tuberculose, idoso, entre outros). Embora em seus pressupostos estejam claramente colocadas a promoção e a prevenção a saúde, este modelo de organização da Atenção Primária acabou fortemente marcada pela assistência médica, sobretudo dirigida à recuperação da saúde. A estruturação do modelo propiciou a hegemonia do pensamento médico de caráter curativo, como resposta a uma crescente pressão pela cobertura por assistência médica, verificada nas décadas de 1970 e 1980, sobretudo.

A proposta da organização de serviços baseada nas Ações Programáticas de Saúde tem suas raízes históricas no modelo de planejamento vigente na década de 1970, calcada na ideia da integração sanitária e constituindo a dominância das ações dirigidas para o coletivo sobre aquelas voltadas para o indivíduo. Sua ferramenta fundamental para tornear a saúde das populações e de grupos específicos é a Epidemiologia.

Nas últimas décadas, a Programação vem ocupando cada vez mais o centro de um debate sobre a forma mais adequada de organizar os serviços de assistência à saúde no Brasil. Como enfatiza Schraiber (1993):

> *"... na discussão, tem-se uma reconstituição da problemática da igualdade social na medicina agora tomado como objeto central da reflexão, não mais apenas as articulações institucionais entre as diversas redes de assistência, médica e sanitária, mas a própria dimensão técnica das práticas em saúde na organização social da produção dos serviços, o que se tem designado por modelo assistencial".*

Na argumentação desses pressupostos das discussões sobre modelos assistenciais, debates que se estenderam por toda a década de 1990 e até hoje ainda suscitam embates, a autora prossegue, ancorando a discussão na Integralidade.

> *"O que se busca, nesse sentido, é arguir da competência e adequação de tal ou qual conjunto estruturado de processos de trabalho para a intervenção sobre a saúde/doença de uma maneira global, tratando-se, pois dos modelos operatórios das práticas médica e sanitária e dos modelos de uma integração."* (Schraiber, 1993:12).

Ao manifestar seu estranhamento sobre esses holofotes que ora se põem sobre a Programação em Saúde, como se buscassem novos atributos sob um olhar, a autora tece críticas acerca do modelo implantado (em particular ao modelo da experiência paulista), críticas que contrapõem vertentes da Saúde Pública tradicional e histórica, da corrente de construção de uma Saúde Coletiva calcada nos reclamos de um movimento sanitário conjurado, enfim, nos passos da Reforma Sanitária em curso.

Dado que os entraves a esse processo político-societário estavam entranhados na própria realidade historicamente constituída, o que se devia buscar, nessa superação, seriam alternativas na direção da integração interdisciplinar da relação serviço-usuário e da participação dos diferentes profissionais na realização do cuidado em saúde. No entanto, essa proposição não se efetivou em escala significativa na rede de serviços de Atenção Primária.

Nemes (1993), em trabalho de recuperação histórica da constituição do modelo de Ação Programática operado no Estado de São Paulo entre o final dos anos 1970 e a primeira metade dos anos 1980, enfatiza as concepções acerca da prática, as quais instrumentalizam o modelo concretamente operado. Identifica, nesse marco institucional, as diretrizes da reforma da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, nos anos 1967-69, apresentada pelo Secretário de Saúde Dr. Walter Leser no documento sobre a Reforma Administrativa do Governo do Estado de São Paulo de 1971: tal reforma promoveu uma desconcentração técnico-administrativa e reorganizou todos os equipamentos da Secretaria da Saúde unindo em

uma unidade local, o Centro de Saúde, todas as ações executadas anteriormente por 25 serviços especializados verticais (dispensários de lepra, tuberculose, tracoma; postos de puericultura, centros de saúde etc.):

> *"Em outros termos, a concepção do 'Centro de Saúde como unidade sob comando único responsável pelos problemas de saúde pública da comunidade a que serve', demonstra a correspondência entre o instrumento das ações de saúde e um Coletivo, tomado como conjunto populacional/espacial delimitado."* (Nemes, 1993:73).

O autor ressalta que as metas iniciais dessa reforma foram, no entanto, apenas, parcialmente atingidas.

> *"A projetada integração de serviços nos Centros de Saúde, por exemplo, limitou-se, na maior parte das vezes, à justaposição de atividades realizadas com regras e pessoal próprio... em que pesem tais limitações, a reforma administrativa construiu as condições institucionais necessárias para o desenvolvimento eficaz de um novo modelo tecnológico da Saúde Pública. Este novo modelo é caracterizado pela ampliação e diversificação da assistência médica individual prestada pela Secretaria da Saúde: a proposta que gerou foi denominada de Programação."* (Nemes, 1993:110).

Assim concebida e estruturada, tendo como pano de fundo as políticas de extensão de cobertura dos serviços de saúde, discussão essa que ocorreu em toda a América Latina nos anos 1960, claramente norteadora da V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, a Programação consubstanciou ideias dos projetos da Medicina Comunitária e do Planejamento em Saúde, fundamentalmente:

a) a integração das atividades de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço de saúde;

b) a regionalização e a hierarquização das atividades de saúde e a ampla utilização de agentes não médicos no serviço;

c) a consolidação das ideias de extensão e simplificação ocorrida na Conferência Internacional em Alma – Ata (1978), marco referencial das políticas de extensão da chamada Atenção Primária à Saúde;

d) o Planejamento em Saúde, como tipo de intervenção que emerge no contexto político centralizado do pós-1964, penetrando pelo setor econômico, e traduzindo-se nos setores sociais como o da saúde, por diagnósticos de gastos excessivos e necessidade de racionalização dos recursos aplicados no setor.

O que caracterizou a Programação, portanto, foi a introdução da assistência médica individual na rede Centros de Saúde, subordinada à ideia de Ação Programática, na qual a assistência aparecia como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo:

> *"A proposição geral da Programação logrou introduzir nos Centros de Saúde a prática do atendimento médico à doença, tratando de afastar a arraigada concepção de atendimento da Saúde Pública como controle do sadio e, integrar esse atendimento em um plano geral de intervenção, articulado sob a ideia da História Natural da Doença, como definida por Leavell e Clark e organizada sobre a ideia da assistência integral."* (Nemes, 1993:81).

Com toda a força de sua vigência, o modelo da Programação começou a ser questionado no bojo da crise da Previdência Social (1983-1987) e com as propostas das Ações Integradas de Saúde – AIS e seus desdobramentos no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde –m SUDS, que estabeleceram que os Centros de Saúde estaduais e municipais constituíam uma Rede Básica de Serviços de Saúde, definida como a principal "porta de entrada" do sistema de saúde.

A partir daí, vários mecanismos de implantação da proposta da Rede Básica insistiram na desvalorização do modelo de Programação, com críticas abertas sobre a questão da "resolubilidade". A Programação tem sido desmantelada, mas ainda não esgotou seu papel histórico nessa passagem de um a outro modo de incorporação da assistência médica no cam-

po da saúde coletiva. Seus resquícios que ainda persistem convivem com outras proposições de modelos assistenciais.

Pelo lado do PSF, é possível perceber que a proposta apresenta uma série de outros desafios para a área de Recursos Humanos, exigindo mudanças, principalmente, em três níveis. O primeiro, no nível epistemológico, pretende que se rompa com a tradição do conhecimento disciplinar, segmentado e especializado, e que se busque um conhecimento abrangente, que faça a síntese entre conhecimentos advindos de várias disciplinas, não só da área biológica, mas da área das ciências humanas e sociais, tendo em vista "reformar" a formação dos profissionais de saúde, na perspectiva de se obter um profissional com formação geral e de caráter interdisciplinar. Além dessa rediscussão sobre conhecimento científico de caráter interdisciplinar, espera-se que haja um conhecimento geral compartilhado por toda a equipe, e que o conhecimento não considerado científico, porque originário da experiência, do senso comum ou popular, seja trazido para o interior da equipe por meio da figura do Agente Comunitário de Saúde (Marsiglia, 2005).

O PSF também exige mudanças no processo de trabalho, superando a organização inspirada nas concepções de tipo taylorista / fordistas, rompendo com a divisão sociotécnica do trabalho dominante, com a dicotomia entre a decisão e a execução que tem sido, muitas vezes, responsável por certo grau de alienação no trabalho dos profissionais de saúde. Exige que o diagnóstico da realidade, planejamento, monitoramento, avaliação e replanejamento sejam funções assumidas conjuntamente por toda a equipe: que todos saibam lidar com as informações obtidas, no sentido de retroalimentar o sistema e embasar o processo de decisão coletiva. Pressupõe, ainda, mudanças nas relações no interior da equipe para que elas se tornem menos hierárquicas, com as decisões compartilhadas entre a equipe e as famílias atendidas. Pressupõe, assim, relações que permitam, também, a criação de vínculos e a responsabilização pelo acolhimento, cuidado e resolução dos problemas apresentados, inclusive na busca de encaminhamentos para níveis mais complexos de atendimento, pautando a postura da equipe pela ética e pelo compromisso com os usuários. Requer, ainda, que a equipe, além da atenção aos problemas prevalentes de saúde dos indivíduos, desenvolva conhecimentos e habilidades para a abordagem de dinâmicas familiares, de grupos, de trabalhos comunitários e experiências de participação e controle social (Marsiglia, 2005).

No plano dos documentos norteadores, percebe-se, nitidamente, a proposta audaciosa contida na "Reorientação do Modelo Assistencial: Uma estratégia para Reorganizar a Atenção Básica em Saúde, com a certeza de que as mesmas já constituem uma realidade concreta no texto da mudança do modelo assistencial no qual está empenhado o país" (Brasil, Ministério da Saúde, 1997).

Muito claramente, a USB caracteriza-se como porta de entrada ao sistema local de saúde. Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde.

1.3 Avaliação: Aspectos conceituais e operacionais

1.3.1 Considerações gerais[5]

A palavra avaliação, no sentido mais geral do tema, consiste em atribuir valor a algo (Aguilar e Ander-Egg, 1994). Nessa acepção, o termo avaliação refere-se ao ato ou efeito de avaliar (Ferreira, 1986), ou seja, conferir valor, manifestar-se em relação a alguma coisa, sem compromisso, no entanto, com o fundamento desse juízo ou com um método específico (Uchimura, 2002).

Quando se trata, contudo, de avaliar serviços ou programas, o que corresponde a situar a avaliação no campo dos modelos de intervenção social e, consequentemente, das ciências sociais, recorre-se à utilização de "procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável – a chamada avaliação em sentido estrito ou avaliação sistemática" (Aguilar e Ander-Egg, 1994:26).

[5] Baseado em texto de Oziris Simões (2006).

Conforme assinala Pinto (1986, *apud* Acurcio et al., 1991:51):

> *"Não há uma pergunta-chave ou um caminho metodológico padrão por trás de toda a avaliação de programas sociais, pois não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais. (...) Dependendo do postulado teórico assumido, encaminhar-se-á em uma ou outra direção se selecionarão algumas dimensões para análise, em detrimento de outras. (...) O que torna científica uma avaliação não é a descoberta de uma única verdade, e sim, o esforço para verificar observações e validar o seu significado ou seus diferentes significados."*

Vale ressaltar que a constituição do campo de avaliação de serviços e programas se caracterizou pelo uso de pressupostos típicos do rigor positivista, cuja influência se mostra ainda presente, acompanhando a tendência histórica na administração pública do país a se privilegiarem dados quantitativos (Lobo, 1998). Assim, predominam os estudos que não só defendem a medição estatística como "único meio de valorar alguma coisa" (Nuto e Nations, 1999), como também concebem a avaliação como um modelo de pesquisa que utiliza métodos e técnicas específicos para confirmar ou não a relação de causalidade entre as ações de um serviço ou programa e determinados resultados:

> *"(...) conjunto de procedimentos para a coleta e análise de dados que aumentam mais a possibilidade de 'provar' do que 'afirmar' o valor de uma atividade social"*. (Suchman, 1967, *apud* Aguilar e Ander-Egg, 1994:27).

> *"(...) consiste simplesmente na coleta e combinação de dados de trabalho mediante a definição de metas que proporcionam escalas comparativas ou numéricas, com o fim de justificar, os instrumentos de coleta de dados, as valorações e a seleção das metas"*. (Scriven, 1967, *apud* Aguilar e Ander-Egg, 1994:26).

> *"É um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos (...)."* (ONU, 1984, *apud* Silver, 1992:198).

> *"A particularidade da avaliação de políticas públicas consiste na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa x e um resultado y, ou ainda, que na ausência do programa x, não teríamos o resultado y."* (Figueiredo e Figueiredo, 1986, *apud* Arretche, 1998:31).

Convém destacar que o paradigma positivista referido, tradicionalmente hegemônico em se tratando de avaliação de serviços, já começa a ser questionado (Furtado, 2001), e, segundo Deslandes (1997):

> *"É possível afirmar que a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser considerada um processo exclusivamente técnico (...)."*

Já se admite a subjetividade inerente a qualquer avaliação, seja ela de um fato do cotidiano, seja de um serviço ou programa em especial.

Não obstante, é possível encontrar, na literatura, algumas experiências de avaliação que não se prendem à medição e incorporam a subjetividade ao processo avaliativo (Gattinara et al., 1995; Santos, 1995; Bosi e Affonso, 1998; Minayo et al., 1999; Nuto, 1999).

Guba e Lincoln (1990, *apud* Contandriopoulos, 1997) mostram que, no estágio emergente (atual) da avaliação, pressupõe-se para a sua realização um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada. Os mesmos autores apontam, também, três estágios anteriores da avaliação, cuja evolução se fez possível com o desenvolvimento teórico e com a acumulação do saber (Simões, 2006).

Os critérios utilizados para organizar os estudos de avaliação, de acordo com a literatura específica (Aguilar e Ander-Egg, 1994; Stenzel, 1996; Hartz, 1997; Patton, 1997), procuram dar conta das principais variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas na construção dos processos de avali-

ação (Novaes, 2000), e são os seguintes: objetivo da avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, forma de utilização da informação produzida, contexto da avaliação, temporalidade da avaliação e tipo de juízo formulado. As avaliações de implantação e estratégias mostram-se mais aderidas às avaliações para decisão, pois as questões formuladas necessitam de uma abordagem mais holística, priorizando, quase sempre, o conhecimento e a compreensão da complexidade e das dinâmicas gerais. Busca responder a questões colocadas para aquele programa específico, e cujas respostas serão consideradas adequadas pela sua capacidade de resolver os problemas identificados quanto ao mérito e a melhorias possíveis pelos grupos de interesse envolvidos (*stakeholders*), frequentemente numerosos, e com perspectivas, em geral, não concordantes (Simões, 2006).

1.3.2 Avaliação de Modelos Organizacionais

No debate que se trava em torno do modelo assistencial a ser implementado, os dois modelos de Ação Programática e do PSF são colocados como antitéticos.

> *"Essa oposição está ora colocada de modo radical, ora mesclada a outras questões subliminares: de um lado a posição que defende a extensão de cobertura da assistência médica individual (pública ou não), tomando-a como remédio para as questões de saúde da população; de outro, a que propõe que as ações de saúde sejam planejadas a partir de critérios epidemiológicos, e que as ações de atenção individual estejam subordinados a uma ótica epidemiológica."* (Sala, 1993:117).

A avaliação que se pretende não esgota propriamente esses Modelos Organizacionais em si. Elegemos um parâmetro das organizações – a Integralidade, haja vista que ela é o princípio ordenador das práticas, as quais podem ser identificadas no real e transformadas em categorias de análise da Integralidade.

1.3.3 Avaliação da Integralidade

Conforme o exposto, a Integralidade no Brasil faz parte das propostas de Reforma Sanitária desde o início da década de 1980, quando surgem programas específicos, e foi finalmente assumida como diretriz para organização do SUS. Como diretriz política, ideal norteador, imagem-objetivo, a Integralidade tornou-se atributo importante na avaliação da qualidade do cuidado e na concessão das metas dos serviços e do Sistema de Saúde.

Entretanto, há que se vencer o esforço para avaliar a Integralidade, pois aspectos como a multifatorialidade do processo saúde / doença, a diferença entre a dimensão individual e a coletiva do conceito de qualidade, e a relatividade da noção do valor demonstram o fato de que os processos avaliativos lidam com relações sociais e processos organizacionais complexos (Connil, 2004:1.417-23).

Ainda segundo Connil (2004), em sua formulação sobre Avaliação da Integralidade, há que se considerarem três grupos de questões: (1) qual é o entendimento acerca desse conceito e como verificar sua expressão prática; (2) quais modelos de atenção proporcionam processos de trabalho (práticas) favorecedores de ações mais integrais; (3) qual a influência dos fatores contextuais sobre esses processos; (4) quais os efeitos de um cuidado, serviço ou sistema integral sobre a situação de saúde[6].

Nesse sentido, a opção mais viável foi escudar-se em estudos anteriores cujos instrumentos foram validados e adaptados pela equipe da pesquisa. Assim, estabeleceu-se um marco referencial de análise que resultasse em um instrumento abrangente para o estudo da Atenção Básica: o referencial proposto por Starfield (2004), que se desdobra nas várias dimensões de avaliação da Atenção Básica à Saúde (Macinko et al., 2004).

No plano da **Integralidade Horizontal,** as categorias observáveis derivam das concepções da Medicina Integral, tal qual se delineou historicamente. São elas:

[6] Dado o alcance e as limitações do Projeto de Pesquisa, nossa proposta não contemplou o 3º item dessas questões.

a) **Acessibilidade**: ao discutir as necessidades de Saúde, Costa (2004:13) cita Cecílio:

> *"Não há possibilidade de Integralidade e Equidade sem a garantia da Universalidade do Acesso. Além da discussão do simples consumo e acesso a determinados serviços, esse debate remete ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos. Implica repousar aspectos da organização do processo de trabalho, da gestão e do planejamento no nível da gerência. É necessário reconhecer que as necessidades de saúde são determinadas social e historicamente, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual. A busca da Acessibilidade no Serviço implica reconhecer ali uma constante reconceituação de necessidades de saúde que possam ser apropriadas pelos profissionais daquele serviço, daquela população. A busca de critérios de priorização, a questão das barreiras, a chegada e utilização de serviços, a busca ativa, a criação de demanda, a criação de facilitações de uso do espaço físico são possíveis na esfera da gerência, na micropolítica das Unidades. Encontrar uma lógica de organização e funcionamento relacionada às necessidades dos usuários, sem modelar a demanda. A não acessibilidade fecha a porta de entrada."* (Cecílio, 2001:113).

b) **Acolhimento**: rede de conversações cujo escopo é buscar as singularidades dos sujeitos. O acolhimento se dá não somente à chegada do usuário no serviço, mas no contínuo das interações, por meio de escuta qualificada.

> *"Esta singularização que identifica vem da sabedoria prática, que não é de natureza técnica ou teórica, mas decorre de uma conduta profissional por referência a valores humanos do assumir, agir em função do outro/reconhecer sua biografia e a estória do seu adoecimento. Um espaço físico intimista, ou mesmo a postura dos profissionais já na recepção prenuncia a caráter do Acolhimento."* (Costa, 2004:14).

c) **Vínculo**: além de abranger a questão da adscrição, a qual diz respeito ao uso regular, é uma relação de confiança, "relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa e mediada por subjetividades" (Cecílio, 2001:113).

d) **Enfoque familiar**: condição necessária à prática da Medicina Integral, é a essência da Integralidade, pois qualifica o atendimento e possibilita a criação de demanda pela prevenção e pela promoção. Ele é visível nas reuniões das equipes e no prontuário.

Já no plano da **Integralidade Vertical**, as categorias observáveis criam nexo entre as ações do serviço e os encaminhamentos a outros níveis do Sistema de Saúde.

a) **O fluxo e a coordenação**: o fluxo organiza o percurso do usuário para os modelos de atendimento existentes na Unidade. Compõe-se de uma série de notações físicas que facilitam a orientação dos usuários, tais como placas e setas, bem como garante os registros, cadastramentos e agendamentos. As ações dos profissionais que trabalham em equipe são concatenadas em termos dos objetivos de cada um e comuns no cuidado do usuário. O elenco de serviços e as valorizações explicitadas na descrição desses serviços são medidas exemplares.

b) **Encaminhamentos**: referência para exames, para consultas especializadas, para internações. Devem ser considerados, aqui, o agendamento, o controle da realização do atendimento, o retorno dos resultados, o tempo médio gasto na obtenção do atendimento, e a estruturação desse fluxo de referenciamento para além da Unidade, nas instâncias de supervisão.

c) **Orientação comunitária**: a capacidade, no nível da Atenção Primária, de reconhecer as necessidades da comunidade e de promover ações intersetoriais nas ações comunitárias, alicerçando os laços de Solidariedade Social.

2. O ESTUDO

2.1 Objetivos

Tendo por objeto as dimensões da Integralidade em Modelos de Atenção Básica, foram objetivos deste trabalho:

- Avaliar a observância da concepção de Integralidade horizontal e vertical na Atenção Básica em Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo;

- Comparar a observância da Integralidade horizontal e vertical nas Unidades Básicas que seguem o modelo das AP, nas unidades que seguem o modelo do PSF e nas unidades que apresentam, no mesmo espaço, os dois modelos de Ações Programáticas e de Saúde da Família (MISTAS);

- Comparar as percepções sobre a observância da Integralidade horizontal e vertical entre os gerentes das Unidades Básicas, os profissionais e os usuários / acompanhantes.

Esses objetivos emergiram das seguintes hipóteses:

- Os princípios da Atenção Primária, em especial a observância da Integralidade horizontal e vertical da Atenção, podem ser avaliados por observação da prática e por coleta das opiniões dos agentes institucionais e usuários dos serviços;

- Há diferenças, nas práticas, entre os modelos de organização da Atenção Básica no que diz respeito à observância da Integralidade.

2.2 Metodologia

2.2.1 Escolha de UBS das regiões Norte e Centro-Oeste da cidade de São Paulo

As razões para a escolha das UBS das regiões citadas estiveram ligadas ao fato de apresentarem praticamente toda a variabilidade das UBS de São Paulo, porque:

- se situavam em distritos de diferentes níveis socioeconômicos, classificados em seis dos sete estratos do *ranking* do Mapa da Exclusão / Inclusão Social da Cidade de São Paulo (Sposati, 2000; Cançado, 2002);

- havia, nesses distritos, porcentagem variável da população em condições de alta vulnerabilidade social, isto é, 0,6% da população dos distritos da Subprefeitura Sé e 40,6% da população dos distritos da Subprefeitura Freguesia do Ó / Brasilândia encontravam-se nessa condição (SAS/CEM-CEBRAP, 2004);

- as experiências das UBS desses distritos com o modelo de Ações Programáticas datavam de quase três décadas, enquanto o modelo de Saúde da Família existia em alguns dos serviços na cidade de São Paulo desde 1995, época de implantação do Projeto Qualis. O modelo estendeu-se a UBS localizadas em vários distritos, com a implantação do PSF e a municipalização dos serviços de Atenção Primária da cidade de São Paulo a partir de 2001;

- nessas regiões (Norte e Centro-Oeste), encontravam-se quatro parceiras diferentes da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para a implantação do PSF na cidade de São Paulo:

a) Fundação Zerbini: desde as experiências do Qualis de 1995 a 2000, nas Subprefeituras da Freguesia do Ó / Brasilândia, que foram ampliadas como PSF a partir de 2001, para unidades dos Distritos de Casa Verde e Cachoeirinha (parceria interrompida em 2006);

b) Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, parceira da Secretaria Municipal de Saúde para a implantação do PSF a partir de 2001 nas Subprefeituras de Santana, Tremembé / Jaçanã, da Coordenadoria de Saúde Norte, e nos Distritos de Sé e Santa Cecília, da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, Subprefeitura Sé;

c) Associação Saúde da Família, parceira da SMS/SP para a implantação do PSF também nas Subprefeituras de Freguesia do Ó / Brasilândia;

d) Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, parceira da SMS/SP para a implantação do PSF em Perus, na Coordenadoria Regional de Saúde Norte, Subprefeitura de Perus e Pirituba.

2.2.2 Fases da Pesquisa

O estudo foi realizado em duas fases cronologicamente encadeadas:

1ª fase: caracterização geral das regiões escolhidas para a pesquisa de campo, do ponto de vista social, demográfico, de indicadores de saúde e características das UBS lá existentes;

2ª fase: escolha de uma amostra intencional de dez UBS dentre as 86 existentes nas duas regiões, Norte e Centro-Oeste (Sé), para estudo aprofundado.

2.2.3 Estratégia de Amostragem

2.2.3.1 Amostra de Unidades

A amostra das UBS foi de caráter intencional, de forma a conter os fatores relacionados a diferenciações no processo de organização dos serviços, em primeira instância entre os dois modelos de Atenção Primária – Saúde da Família e Ação Programática, e as unidades de modelos mistas.

Numa segunda etapa, as unidades de saúde foram diferenciadas segundo a condição socioeconômica da população de sua área de abrangência, conforme o Índice de Exclusão / Inclusão Social (IEX) da cidade de São Paulo (Sposati, 2002), e o nível de Vulnerabilidade Social dos distritos censitários (SAS/SP/CEM-Cebrap, 2004), de forma a obter, pelo menos, uma unidade básica localizada em distrito com indicadores mais e menos favoráveis, por tipo de modelo de Atenção Primária.

Essas unidades deveriam ser escolhidas respeitando as regiões envolvidas no projeto. Na região Centro-Oeste, foram escolhidas três unidades que atenderam às condições anteriores, e na Região Norte, sete unidades, sendo que as escolhas também respeitaram as condições da etapa anterior.

Na última etapa, prevaleceram outros critérios que funcionaram como índices de desempate: as parcerias na organização da Atenção Primária no modelo Saúde da Família; a presença ou não de experiências de integração com centros de formação de Recursos Humanos, no caso o Programa de Integração Docente Assistencial (Pida, 1980-1994).

Como critérios de exclusão de UBS foram considerados:

- presença de especialidades;

- centros de especialidades;

- localização em Distritos Limítrofes no Índice de Exclusão Social (na condição de melhor ou pior);

- Unidades com problemas estruturais, tais como espaço físico, número de médicos (CNES) e administrativos.

Os critérios de inclusão e exclusão foram submetidos às equipes regionais de saúde para confrontar os dados secundários com a situação atualizada das unidades de saúde. Para compor as categorias de condições socioeconômicas conforme o IEX, foi adotada, como critério de corte, a mediana dos valores encontrados nos distritos administrativos envolvidos no estudo das duas regiões da cidade.

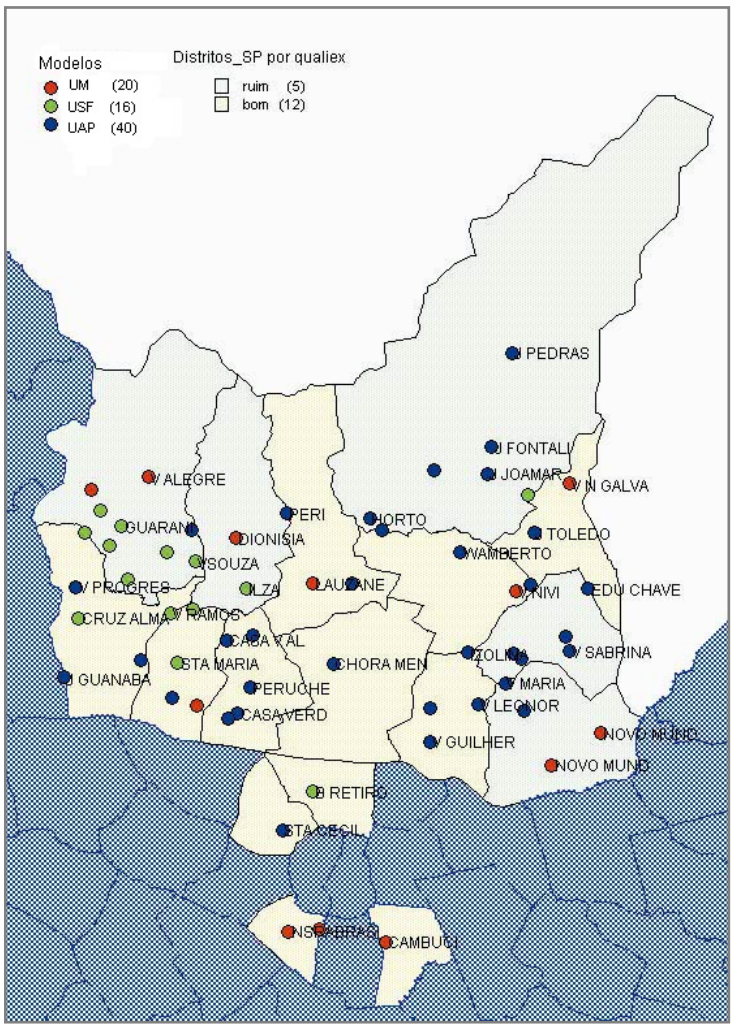
A distribuição obtida foi comparada com índices correlatos que mostraram comportamento semelhante, tais como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice de Vulnerabilidade Social, e um indicador composto para acompanhar o desempenho das unidades de saúde, criado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. As unidades do universo do estudo podem ser localizadas no Mapa 3, e as unidades que compuseram a amostra, nas duas regiões, podem ser conhecidas no Quadro 1**.**

2.2.4 Instrumentos de coleta de dados empíricos

2.2.4.1 Entrevistas

Foram elaborados quatro tipos de **Questionários**, específicos para cada categoria de entrevistado, de acordo com a avaliação que se pretendia fazer: para os gerentes das UBS; para os profissionais que atuavam nessas UBS; para os usuários dessas UBS; para os acompanhantes de usuários menores de 18 anos de idade.

Profissionais de Saúde: foram entrevistados considerando-se dois estratos: os que compõem as ESF e



Mapa 3. Unidades Básicas de Saúde dos Distritos das Regiões de Saúde Norte e Centro-Oeste (Sé). SMS / PMSP, 2004.

Quadro 1. Unidades de Saúde incluídas na amostra. São Paulo, setembro de 2007.

Área	Modelo	Unidades
Central	PSF	Bom Retiro
	MISTA	Cambuci
	MISTA	Barra Funda
Norte	PSF	Cruz das Almas
	PSF	Guarani
	MISTA	JAE
	MISTA	Carombé
	UBS	Chora Menino
	UBS	Peri
	UBS	Vila Ede

os que atuam no modelo de Ação Programática, com o intuito de comparar os resultados das avaliações dos trabalhadores entre os dois modelos de atenção primária. O questionário foi composto por 92 questões específicas sobre aspectos da atenção básica e que correspondiam aos indicadores de Atenção Básica mais utilizados.

Usuários de serviços e acompanhantes de usuários: responderam ao questionário em todas as UBS selecionadas, independentemente da estratégia de atenção, com o objetivo de avaliar os serviços prestados pela rede, em geral. Os questionários para usuários continham cerca de 100 perguntas, a maioria delas usada no questionário para profissionais, incluindo, também, algumas questões sobre demografia e saúde,

o que abria a possibilidade de cotejar esses dados com aqueles oriundos da experiência do usuário, no momento do atendimento. No caso de gestante com menos de 18 anos, a própria usuária foi entrevistada.

Tanto nos questionários aplicados aos profissionais quanto nos aplicados aos usuários e acompanhantes, as respostas dos entrevistados foram classificadas em uma escala ordinal, à qual se atribuiu um valor entre zero e cinco. As respostas foram somadas, o valor médio das respostas de todas as perguntas para cada dimensão e o total foram calculados por pessoa entrevistada.

Para cada entrevistado (usuário, acompanhante ou profissional) foram explicadas as diferentes opções de resposta para que se identificasse a distância relativa entre cada resposta.

Os pesquisadores que aplicaram os questionários explicaram aos respondentes que cada resposta possuía um significado numérico (nunca = 0; quase nunca = 1; algumas vezes = 2; muitas vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5) que deveria corresponder ao número de vezes em que o evento perguntado aconteceu, considerando-se uma semana típica.

O **Questionário** dirigido aos profissionais e aos usuários (ou seus acompanhantes) buscou avaliar a efetivação da Integralidade dos serviços, a partir de oito dimensões:

1) Acessibilidade: relacionada aos horários e dias de atendimento, à facilidade de se consultar e obter medicamentos, e ao quanto a população percebia a conveniência desses aspetos do acesso;

2) Porta de Entrada: relacionada ao uso de serviços preventivos, de consulta médica e de atendimento de emergência;

3) Vínculo: relacionado à qualidade das relações entre profissionais de saúde e população;

4) Elenco de Serviços: relacionado à gama de serviços de atenção primária oferecidos pela unidade de saúde.;

5) Coordenação: relacionada à articulação de ações que garantem a qualidade na continuidade do atendimento pelos profissionais dos serviços, e para consultas referenciadas a especialistas.

6) Enfoque Familiar: relacionado à consideração da família e do ambiente familiar nas consultas do serviço;

7) Orientação para a Comunidade: relacionada a quanto o serviço considerava o contexto social das necessidades de saúde da população no planejamento de suas ações;

8) Profissionais de Saúde: relacionados à qualificação dos profissionais de saúde do serviço.

Foram realizadas **entrevistas semiestruturadas** com os gerentes das UBS que compuseram a amostra, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. As entrevistas com os Gerentes das Unidades abordaram os mesmos tópicos do Questionário, permitindo, entretanto, manifestação mais livre dos entrevistados sobre: acessibilidade; acolhimento; vínculo; coordenação; enfoque familiar; orientação comunitária; pessoal; gerenciamento; capacitação; além de sugestões e de comentários do entrevistado.

2.2.4.2 Observação direta do funcionamento da UBS, durante uma semana, em dias e períodos alternados

A observação direta das unidades básicas foi realizada por dois pesquisadores capacitados, com o objetivo de acompanhar o funcionamento da UBS nos seguintes aspectos: acolhimento; recepção; fluxo; seguimento; triagem; encaminhamentos; orientações; educação em saúde; reuniões de equipe; supervisão de enfermagem; orientação dos trabalhos dos Agentes Comunitários de Saúde.

2.2.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Os gestores entrevistados, os profissionais das UBS, usuários e acompanhantes de usuários que responderam ao questionário foram previamente informados acerca dos objetivos e métodos da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.2.6 Construção de consensos

Para a realização do estudo, foram realizados encontros com os gestores regionais e locais para discutir a pesquisa e os vários aspectos da metodologia. Em todos os encontros, foi possível garantir alto grau de motivação e de contribuição para modular os objetivos, as hipóteses, a metodologia e os instrumentos de pesquisa.

Com base nessa experiência de participação do corpo dirigente regional altamente positiva, foi realizada uma aproximação do método Delfos, ou estratégia de consenso (Hartz e Silva, 2005), para as categorias de Integralidade, tomando como referência a experiência prática entre os profissionais que ocupavam cargos diretivos nas regiões investigadas.

As categorias colocadas em discussão, encontradas em Starfield (2002), foram mencionadas anteriormente: acesso, porta de entrada, vínculo, coordenação, enfoque na família e orientação comunitária, acrescidas das categorias encontradas em Hartz e Silva (2005): enfoque na promoção com tecnologia de comunicação, integração entre promoção, prevenção e recuperação, protocolos para ações priorizadas, estratégias de acolhimento, equipe multiprofissional.

Todos foram avaliados pela possibilidade de identificar a integralidade nos seus vários sentidos, ou seja: integração entre promoção, prevenção e tratamento; integração entre as áreas distintas de conhecimento (programáticas); e integração entre os níveis de atenção à saúde.

2.2.6.1 Categorias consensuadas

A estratégia de consenso foi delineada da seguinte forma:

1. inquérito com autopreenchimento de uma planilha de avaliação dos critérios por todos os envolvidos (gestores e assessores da SMS regional e pesquisadores responsáveis pelo estudo);

2. discussão dos resultados com os envolvidos;

3. avaliação dos resultados do inquérito e das discussões, com retificação, exclusão e ou inclusão dos critérios;

Os participantes foram orientados a avaliar com notas de 0 a 10 cada critério de integralidade, em cada sentido.

Os resultados foram globalizados em médias, segundo os dois grupos (gestores e pesquisadores), e comparados segundo as diferenças para cada categoria da Integralidade. As diferenças são apresentadas de acordo com a distância entre as médias dos pesquisadores em relação aos gestores. Na Tabela 1 os valores em negrito indicam quando as médias das avaliações foram abaixo de sete, ou seja, quando foram apreciados como pouco capazes de identificar as características desejadas. Participaram da avaliação quatro gestores e seis pesquisadores.

Na avaliação da apreensão da integração entre a promoção, prevenção e tratamento ocorreram maiores concordâncias em relação às possibilidades de desempenho das categorias. Apenas em dois itens ocorreram maiores distancias na avaliação, com maiores expectativas dos gestores do que nos pesquisadores: acessibilidade e porta de entrada.

A integração das áreas programáticas também apresentou grande concordância entre os dois grupos de avaliadores. Dois itens apresentaram avaliações abaixo da média: orientação comunitária e utilização de protocolos. Em relação à orientação comunitária pode ser mais compreensível o resultado, mas sobre a utilização de protocolos o resultado chama a atenção para a possibilidade de ter havido incompreensões no entendimento do item.

Na avaliação dos dois grupos, as categorias teriam desempenho pior na apreensão da integração vertical, com vários itens em que as avaliações ficaram abaixo da média: vínculo, enfoque familiar, orientação comunitária, enfoque nas ações de promoção, integração das ações de promoção, prevenção e tratamento, promoção da autonomia em saúde.

Pela apreciação dos resultados, decidiu-se não alterar nenhuma das categorias para, assim, permitir comparação com estudos correlatos.

Tabela 1. Diferenças* entre as médias dos valores obtidos nas avaliações de gestores e de pesquisadores sobre as categorias para avaliar integralidade nas ações da atenção primária segundo o sentido da integração. São Paulo, SP, 2007.

Categorias	Integração entre promoção, prevenção e tratamento	Integração entre áreas programáticas	Integralidade entre níveis (primário, secundário e terciário)
Acessibilidade	3,4	-0,2	0,4
Porta de entrada	2,4	2,3	1,8
Vínculo	-1,5	-0,8	**3,7**
Coordenação: "hierarquização da ações"	1,3	-0,4	0,3
Enfoque familiar	0,5	1,5	**4,8**
Orientação comunitária	0,5	**-0,8**	**-0,2**
Enfoque nas ações de promoção com utilização de tecnologia de comunicação social	-1,4	-0,2	**2,4**
Existência de integração das ações promocionais, preventivas, curativas e de recuperação	0,0	0,8	1,3
Utilização sistemática de protocolos de atenção aos agravos priorizados	1,3	**-3,9**	0,6
Adoção de estratégias explicitadas de acolhimento	-1,2	-0,8	0,5
Promoção de autonomia em saúde (empoderamento)	0,3	1,8	**0,5**

(*) As diferenças são apresentadas em relação aos gestores (média dos gestores – média dos pesquisadores); as diferenças negativas indicam médias maiores para os pesquisadores; e os valores em negrito estão indicando avaliações com média menor que sete.

2.2.7 Plano de Análise

2.2.7.1 Modelo Lógico

A apreensão do processo de organização das ações com vistas às práticas de Integralidade envolveu a consideração de diferentes sentidos atribuídos à Integralidade, de modo que pudessem ser postos nos seguintes termos:

a. Promoção / prevenção / tratamento;

b. Integração entre áreas distintas de conhecimento;

c. Integração entre dimensão tecnoideológica do trabalho e os sujeitos (possibilidade de os sujeitos envolvidos avaliarem e, também, adequarem e utilizarem as técnicas em saúde à luz do modo de vida e projeto de vida).

Foram identificadas 11 categorias de análise, seis delas baseadas no trabalho de Starfield (2002) e cinco, no trabalho de Hartz e Silva (2005):

- Acesso
- Porta de entrada
- Vínculo
- Coordenação
- Enfoque na família
- Orientação comunitária
- Enfoque na promoção com tecnologia de comunicação
- Integração entre promoção, prevenção e recuperação
- Protocolos para ações priorizadas
- Estratégias de acolhimento
- Equipe multiprofissional.

Essas categorias orientaram a definição das perguntas nos questionários, dos tópicos nas entrevistas semiestruturadas com os gerentes das unidades, e o roteiro de observação da unidade.

Dimensões da Integralidade Horizontal

Na apreensão da Integralidade, em seu sentido "horizontal", buscou-se a articulação entre ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Os momentos considerados na realização das ações foram:

- acolhimento, ou primeiro contato;

- fluxo para os modelos de atendimento existentes na unidade;

- cadastramento e visitas aos domicílios;

- reuniões;

- agendamentos.

Para cada um desses momentos, foram caracterizados os objetivos, os conteúdos, a operacionalização e o profissional que realizava a atividade.

Dimensões da Integralidade Vertical

No sentido "vertical", a apreensão da Integralidade buscava a Integração da unidade básica com os diferentes serviços que prestam ações de média e alta complexidade.

Os momentos aqui considerados foram:

- referência para exames;

- referência para consultas especializadas;

- referência para internações.

Nesses três momentos, foram considerados o agendamento, o controle da realização do atendimento, o retorno dos resultados, o tempo médio gasto para a obtenção do acesso ao atendimento de referência e para a contrarreferência, e a estrutura que administrava o fluxo de referenciamento.

A descrição da Unidade

A descrição da unidade de saúde contemplou as categorias de análise da organização das ações em cada um dos três sentidos de Integralidade. O Quadro 2 (página seguinte) ilustra essa combinação.

2.2.7.2 Análise dos dados quantitativos

Os dados obtidos a partir dos questionários de usuários / acompanhantes e profissionais foram consolidados com a finalidade de obter as proporções de respostas positivas (sempre, quase sempre); intermediárias (muitas vezes e algumas vezes); e negativas (nunca, quase nunca), estabelecendo-se comparações entre os modelos de organização dos serviços. Foram utilizados para essas consolidações *o software* EpiInfo versão Windows 2.4.3 e o Stata versão 10. Para verificar o significado estatístico nas comparações entre proporções, foi aplicada a Prova do Qui-quadrado. Nas comparações entre as variáveis contínuas (idade, tempo de trabalho na unidade), foi aplicada a ANOVA, com tolerância de erro ao aceitar as diferenças de até 5%, exclusivamente.

A descrição dos resultados foi sistematizada segundo as seguintes categorias de análise: acessibilidade, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, enfoque comunitário e profissionais de saúde.

Foram realizadas comparações entre os três modelos de unidades de saúde, para todas as questões formuladas, segundo as respectivas categorias de análise, e também entre unidades que possuíam equipes de PSF em contraposição às AP, e exclusivamente as unidades PSF e AP para a apresentação dos resultados das entrevistas com os profissionais de saúde. Para esses dois últimos modelos, foram verificadas também as possíveis diferenças nas percepções dos profissionais que atuavam em unidades cujo distrito administrativo (sede) tinha melhores ou piores Índices de Exclusão Social.

2.2.7.3 Análise das entrevistas semiestruturadas com os gerentes e das observações do pesquisador

Foram apresentadas as informações e opiniões dos dez gerentes, por categorias de análise, e separadas pelos três tipos de unidade: AP, PSF e MISTA. Algumas "falas" foram reproduzidas para permitir ao leitor conhecer mais profundamente o material coletado. Buscou-se, também, cotejar os depoimentos dos gerentes com as observações *in loco* do pesquisador.

Quadro 2. Categorias de análise e sentidos da Integralidade. São Paulo, SP, 2007.

Categorias de análise de organização das ações		Promoção / prevenção / tratamento ⇩	Integração entre áreas distintas de conhecimento ⇩	Integração entre dimensão tecnoideológica do trabalho e os sujeitos ⇩
Acesso	⇨			
Porta de entrada	⇨			
Vínculo	⇨			
Coordenação	⇨			
Enfoque na família	⇨			
Orientação comunitária	⇨			
Enfoque na promoção com tecnologia de comunicação	⇨			
Integração entre promoção, prevenção e recuperação	⇨			
Protocolos para ações priorizadas	⇨			
Estratégias de acolhimento	⇨			
Equipe multiprofissional	⇨			

DESCRIÇÃO DA UNIDADE:

- Observação

- Entrevista com o gestor

- Questionário com os profissionais

- Questionário com os usuários

- Questionário com os acompanhantes

3. OS MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E A INTEGRALIDADE: GERENTES, PROFISSIONAIS, USUÁRIOS

3.1 As regiões Norte e Centro-Oeste da cidade e a população residente

3.1.1 A região Norte

A região Norte do município de São Paulo era constituída por sete Subprefeituras: Perus, Pirituba, Freguesia do Ó, Casa Verde, Santana, Tremembé e Vila Maria.

Observa-se que a situação populacional da região Norte do município de São Paulo (Tabelas 2 e 3) era muito próxima à da média do município de São Paulo, situação bastante diferente das demais regiões da cidade. Também a região Norte, em 2005, apresentava indicadores socioeconômicos bastantes próximos aos da média geral do município de São Paulo, exceto no que diz respeito aos "chefes de família com mais de 12 anos de estudos", em que o desempenho da região representava 15% ou menos em relação ao município, semelhante ao da população favelada.

Analisando a situação socioeconômica da região Norte no Mapa da Exclusão / Inclusão Social da Cidade de São Paulo (Sposati, 1996, 2000; Cançado, 2002), com base em indicadores e índices compostos que resultaram na classificação dos 96 Distritos do Município de São Paulo em um *ranking* em que o distrito de Jardim Ângela, na região Sul, se encontrava na pior posição (1º estrato) e os Distritos de Moema, na região Sudeste, e Jardim Paulista, na região Centro-Oeste, se encontravam ambos na melhor posição (8º estrato), pôde-se verificar que os 18 Distritos que compunham a região Norte estavam classificados entre o 1º e o 5º estratos (Tabela 4).

A vulnerabilidade social[7] dos Distritos, medida

[7] Entendida como um somatório de situações de precariedade, como renda e baixa escolaridade, além da composição demográfica das famílias aí residentes, crianças de 0-4 anos, chefes de família do sexo feminino com baixa escolaridade, adolescentes responsáveis por domicílios, analfabetos, idosos, bem como exposição a situações de riscos variados, tais como gravidez precoce, morte violenta etc. Os setores censitários do Município de São Paulo foram classificados, a partir de combinações específicas das dimensões demográficas e de privação socioeconômica em oito grupos, entre os quais três foram considerados como de alta privação: a) grupos com famílias mais jovens, com péssimos indicadores de renda e educação, com

por padrões socioeconômicos e demográficos, foi definida em trabalho conjunto da Secretaria Municipal de Assistência Social / Cebrap / FAU-USP / Sead / Sesc / ECA-USP, em 2004. O trabalho considerou as diferentes situações de risco a que a população residente poderia estar exposta, em função do sexo do chefe de família, da presença de crianças de 0 a 4 anos, de adolescentes e de idosos nas famílias estudadas, além da escolaridade e da renda do chefe de família e das condições de saneamento e habitação. Os Distritos foram classificados em oito grupos de vulnerabilidade social, sendo que, no 1º grupo, não se encontrava nenhum tipo de privação e, no 8º grupo, a privação era altíssima, levando a graus diferenciados de vulnerabilidade.

Na região Norte da cidade de São Paulo viviam, aproximadamente, 20% da população do município. Com grande extensão geográfica, possuía áreas de maior concentração populacional, como os Distritos Administrativos de Anhanguera, de Perus, Brasilândia, Freguesia do Ó / Brasilândia, bem como regiões com mobilidade geográfica mais estável, como Santana e Vila Maria (Silva et al., 2004; Crevelim et al., 2004).

Pôde-se observar que o Distrito que apresentava o mais alto grau de exclusão social na região Norte era o de Brasilândia, seguido dos Distritos de Anhanguera, Perus, Jaraguá e Cachoeirinha, enquanto o Distrito em melhor situação era o de Santana (Tabela 4). No que diz respeito à porcentagem da população que residia em Distritos de alta vulnerabilidade social, as taxas mais altas ocorreram na Subprefeitura da Freguesia do Ó, seguida da Subprefeitura de Tremembé, enquanto as Subprefeituras de Santana e Vila Maria apresentavam menor porcentagem de população em distritos de alta vulnerabilidade social.

Observou-se, no que diz respeito às três primeiras causas de mortalidade (Tabela 5), que a região Norte apresentava situação bastante próxima da média do município de São Paulo. A mesma situação ocorria em relação aos coeficientes de mortalidade infantil, neonatal precoce, materna, precoce por diabetes, AVC, homicídios e atropelamentos, também bastante semelhantes aos do município.

Desde a década de 1970, houve expansão e implantação de várias UBS na região Norte, estaduais inicialmente, e municipais a partir da década de 1980. Assim, a região contava, em 2004, com 76 UBS (Mapa 4, Tabela 6): 31 da Prefeitura e 45 municipalizadas a partir de 2001. Na região, encontravam-se 77,8% das UBS em que estava constituído o Conselho Gestor (SMS/SP, CEInfo, 2005).

Essas UBS estavam distribuídas nos dois modelos de Atenção Básicas: existiam 40 UBS só com o modelo da AP, 16 estruturadas apenas nos modelos de Saúde da Família (PSF) e, em 20, coexistiam os dois modelos da Atenção Básica: Ação Programática e Saúde da Família. Segundo a SMS/SP, a implantação do PSF, a partir de 2002, ampliou o quadro de funcionários da Atenção Básica na região Norte em 30%.

Conforme já referido na Introdução, no Município de São Paulo, o PSF começou a funcionar em 1996, a partir de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e parceria com duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, com a denominação de Projeto Qualis. A partir de 2001, com a municipalização da saúde, o PSF foi expandido, sob a coordenação do nível municipal, por meio de parcerias com outras instituições parceiras. Na Região Norte, em 2004, as parceiras eram a Associação Saúde da Família, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e a Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

poucas mulheres como chefes de família e com baixa escolaridade, grande concentração de crianças de 0 a 4 anos e de adolescentes; b) grupos com famílias adultas, com quase um terço de chefes de família mulheres com baixa escolaridade, grande presença de crianças pequenas e adolescentes, o que estimula diferentes mecanismos de reprodução social da pobreza; c) grupos com muitos chefes de família do sexo feminino com baixa escolaridade, a maior concentração de crianças de 0 a 4 anos e de jovens de 15 a 19 anos, muitos chefes de família analfabetos, três quartos dos chefes ganham até três salários mínimos (Mapa da Vulnerabilidade Social da População da Cidade de São Paulo, 2004).

Tabela 2. A população da região Norte, Município de São Paulo, 2005.

Indicadores	Ano	Região Norte	Município de SP
Número de habitantes	2005	2.148.835	10.744.060
Crescimento populacional (% ao ano)	1996/2005	0,7	0,8
% de crianças < 10 anos	2005	16,7	16,8
% de adolescentes (10 a 19 anos)	2005	15,3	15,4
% de idosos > 60 anos	2005	10,5	10,1
Taxa Bruta de natalidade (1.000 habitantes)	2005	17,0	16,7
Taxa Bruta de mortalidade (1.000 habitantes)	2005	6,4	6,0
% da população sem plano / convênio saúde	2000	54,1	53,8

Fonte: PMSP/SMS/Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo (2005).

Tabela 3. Indicadores socioeconômicos da Região Norte, Município de São Paulo, 2005.

Indicadores	Ano	Região Norte	Município de SP
% de abastecimento de água (cômodos)	2000	97,9	97,6
% Coleta de esgoto	2000	99,4	97,2
% Coleta de lixo	2000	97,4	97,3
% Chefes de Família com + de três anos de estudos	2000	17,9	17,2
% Chefes de família com 12 ou + anos de estudos	2000	14,3	19,5
% da população com renda < de R$ 400,00	2000	32,8	35,3
% da população com renda > R$ 2.660,00	2000	3,0	3,4
% da população favelada	1996	5,7	7,6

Fonte: PMSP/SMS/Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo (2005).

Tabela 4. População, distritos, situação no *ranking* de exclusão e grau de vulnerabilidade da população. Subprefeituras da região Norte, Município de São Paulo, 2004.

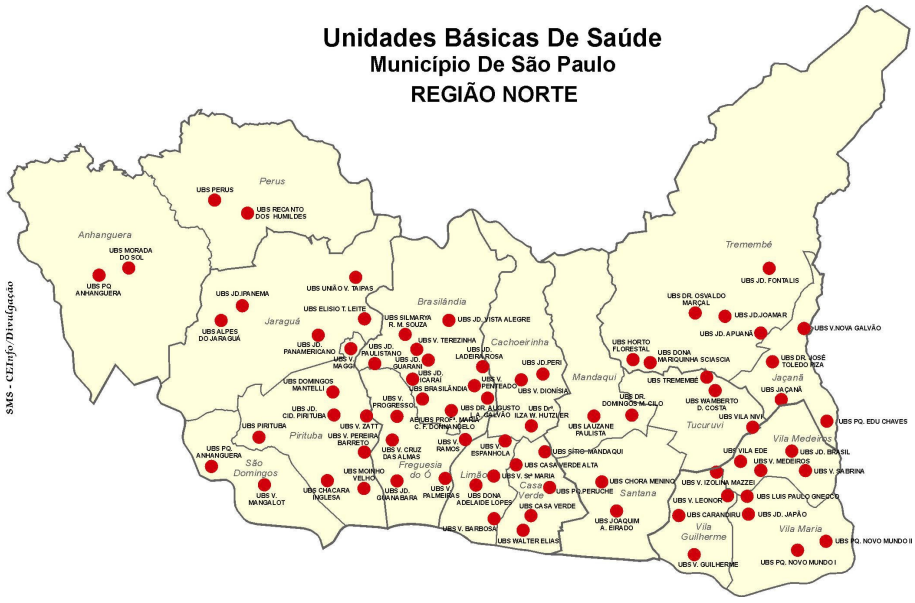
Subprefeitura	População	Distrito	*Ranking* de Exclusão	População de alta vulnerabilidade (%)
Perus	109.091	Anhanguera	2º	31,9
		Perus	2º	
Pirituba	389.965	Jaraguá	2º	25,1
		Pirituba	3º	
		São Domingos	3º	
Freguesia do Ó	392.247	Brasilândia	1º	40,6
		Freguesia do Ó	4º	
Casa Verde	312.972	Cachoeirinha	2º	24,2
		Casa Verde	4º	
		Limão	3º	
Santana	315.299	Mandaqui	4º	3,0
		Santana	5º	
		Tucuruvi	4º	
Tremembé	253.012	Jaçanã	3º	34,6
		Tremembé	3º	
Vila Maria	303.190	Vila Guilherme	4º	18,7
		Vila Maria	3º	
		Vila Medeiros	3º	
TOTAL	**2.075.776**			

Fonte: CEALAG/SMAS/SP – 3ª Revisão do BPC, Município de São Paulo (2004).

Tabela 5. Causas e coeficientes de mortalidade na região Norte e no município de São Paulo, 2005.

Indicador	Ano	Região Norte	Município
1ª causa de morte	2005	D. Isquêmica – Coração	D. Isquêmica –Coração
2ª causa de morte	2005	D. Cerebrovasculares	D. Cerebrovasculares
3ª causa de morte	2005	Pneumonia	Pneumonia
Coef. mortalidade infantil (1.000 nascidos vivos)	2005	12,7	12,7
Coef. mortalidade neonatal Precoce (1.000 nascidos vivos)	2005	5,9	5,8
Razão de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos)	2004	53,3	52,2
% Mortalidade precoce (< 60 anos) por diabetes	2005	21,1	20,5
% Mortalidade precoce (< 60 anos) por AVC	2005	26,3	24,4
Coef. mortalidade por homicídios (100.000 habitantes)	2005	23,9	25,9
Coef. mortalidade por atropelamentos (100.000 habitantes)	2005	5,8	6,00
Coef. mortalidade por pneumonia idosos (100.000 idosos)	2005	351,4	288,0

Fonte: PMSP/SMS/Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo, 2005.



Mapa 4. Unidades Básicas de Saúde, Região Norte, Município de São Paulo, 2004.

Tabela 6. Unidades Básicas de Saúde municipais e municipalizadas, por Subprefeitura, região Norte, Município de São Paulo, 2004.

Subprefeituras	UBS		TOTAL
	Municipais	Municipalizadas	
C. Verde / Cachoeirinha	2	10	12
Freguesia do Ó / Brasilândia	7	9	16
Jaçanã / Tremembé	6	4	10
Perus	2	2	04
Pirituba	6	9	15
Santana / Tucuruvi	4	3	7
Vila Maria / Vila Guilherme	4	8	12
TOTAL	**31**	**45**	**76**

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde – Coordenação da Atenção Básica e Programa Saúde da Família (2004).

A **Associação Saúde da Família** é uma Organização Não Governamental, sem fins lucrativos, que tinha inserção em duas Coordenadorias Regionais de Saúde: Norte e Sudeste. Com 870 (12%) trabalhadores inseridos no PSF, ocupava, na ocasião, a segunda posição no conjunto das demais parceiras em número de profissionais contratados: 531 Agentes Comunitários de Saúde, 184 Auxiliares de Enfermagem, 92 Enfermeiros e 63 Médicos.

A **Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo** é uma instituição filantrópica, secular, com longa tradição na prestação de serviços de saúde e educacionais na área médica, em particular. Era parceira da SMS/SP para a implantação do PSF, atuando nas regiões Norte e Centro-Oeste, empregando 147 (2%) trabalhadores no PSF: 91 Agentes Comunitários de Saúde, 29 Auxiliares de Enfermagem, 15 Enfermeiros e 12 Médicos.

A **Universidade Federal de São Paulo – Unifesp** é uma instituição universitária pública que presta serviços de saúde de alta complexidade e desenvolve programas de ensino na área da saúde – graduação e pós-graduação. Atuava com o PSF municipal em três regiões: Norte, Centro-Oeste e Sudeste, empregando 782 (10%) trabalhadores no Saúde da Família: 491 Agentes Comunitários de Saúde, 137 Auxiliares de Enfermagem, 79 Enfermeiros e 75 Médicos.

3.1.2 A região Centro-Oeste

A região Centro-Oeste apresentava, em 2005, uma taxa de crescimento populacional de -1,2; a porcentagem de crianças abaixo de 10 anos era de 11,3%, e a porcentagem de adolescentes na população, de 11,9%. A porcentagem de população sem plano ou convênio de saúde era de 39,2%, valores inferiores à média do município (Tabela 7). No que diz respeito à porcentagem de idosos e à taxa bruta de mortalidade por 1.000 habitantes, os valores da região Centro-Oeste eram superiores à média do município de São Paulo. Apenas na taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes, os valores encontrados nessa região estavam próximos ao da média do município de São Paulo.

Comparada a situação socioeconômica da Região Centro-Oeste com a média do município de São Paulo, em 2005 (Tabela 8), observa-se que, em termos de abastecimento de água e coleta de esgoto e lixo, as porcentagens encontradas na região estavam muito próximas às do município. Já em relação à porcentagem de chefes de família com menos de três anos de estudo, à porcentagem da população com renda familiar abaixo de R$ 400,00 e à porcentagem de população favelada, eram inferiores à média do município. No que diz respeito à porcentagem dos chefes de família com 12 ou mais anos de estudo e à porcentagem da população com renda familiar acima de R$ 2.660,00, os valores encontrados na região Centro-Oeste eram superiores à média do município.

Observa-se que a classificação dos Distritos da Região Centro-Oeste, em 2004, no *ranking* de Exclusão / Inclusão social era bastante variada: Jaguaré, República, Raposo Tavares e Rio Pequeno encontravam-se no 3º estrato; Jaguara, Bom Retiro, Cambuci, Liberdade, Santa Cecília e Vila Sônia estavam no 4º estrato; Barra Funda, Vila Leopoldina, Bela Vista, Butantã e Morumbi situavam-se no 5º estrato; Lapa, Perdizes, Alto de Pinheiros, Itaim Bibi e Pinheiros, no 6º estrato; e Jardim Paulista, no 8º estrato (Tabela 9). A porcentagem da população que vivia em distritos censitários de alta vulnerabilidade social era maior nos cinco Distritos da Subprefeitura do Butantã, onde esse índice alcançava 22,7%.

No que diz respeito à área da Subprefeitura Sé / Santa Cecília e Supervisão Técnica de Saúde / Sé, o conjunto dos oito Distritos encontrava-se, em 2004, entre o 3º e o 6º estratos no *ranking* da Exclusão / Inclusão Social e apresentava porcentagem pequena da população residente em distritos censitários de alta vulnerabilidade social (0,6%).

No entanto, nessas áreas viviam grupos populacionais em situação de grande risco social, tais como: de oito a dez mil moradores de rua, inclusive crianças e adolescentes; profissionais do sexo; usuários de droga; ambulantes; imigrantes latino-americanos, coreanos e nigerianos, muitos deles em situação ilegal e refugiados políticos, especialmente os de países africanos.

Tabela 7. Caracterização demográfica da região Centro-Oeste e do Município de São Paulo, 2005.

Indicador	Ano	Região Centro-Oeste	Município de SP
Número de habitantes	2005	12.311.249	10.744.060
Crescimento populacional (% ao ano)	1996/2005	-1,2	0,8
% de crianças < 10 anos	2005	11,3	16,8
% de adolescentes (10 a 19 anos)	2005	11,9	15,4
% de idosos > 60 anos	2005	16,0	10,1
Taxa Bruta de natalidade (1.000 hab)	2005	15,9	16,7
Taxa Bruta de mortalidade (1.000 hab)	2005	7,8	6,0
% da população sem plano / convênio saúde	2000	39,2	53,8

Fonte: PMSP/SMS/Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo (2005).

Tabela 8. Indicadores socioeconômicos da região Centro-Oeste e do Município de São Paulo, 2005.

Indicador	Ano	Região Centro-Oeste	Município de SP
% de abastecimento de água (cômodos)	2000	99,0	97,6
% Coleta de esgoto	2000	96,7	97,2
% Coleta de lixo	2000	97,4	97,3
% Chefes de família com + de três anos de estudos	2000	8,5	17,2
% Chefes de família com 12 ou + anos de estudos	2000	43,8	19,5
% da população com renda < de R$ 400,00	2000	21,5	35,3
População com renda familiar > R$ 2.660,00	2000	7,7	3,4
% da população favelada	1996	4,6	7,6

Fonte: PMSP/SMS/Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo (2005).

Tabela 9. População, distritos e situação no *ranking* de exclusão e grau de vulnerabilidade da população das Subprefeituras da região Centro-Oeste, Município de São Paulo, 2004.

Subprefeituras	População	Distritos	*Ranking* de Exclusão	População de alta vulnerabilidade (%)
Lapa	270.304	Barra Funda	5º	
		Jaguara	4º	
		Jaguaré	3º	7,2
		Lapa	6º	
		Perdizes	6º	
		Vila Leopoldina	5º	
Sé	373.487	Bela Vista	5º	
		Bom Retiro	4º	
		Cambuci	4º	
		Consolação	6º	
		Liberdade	4º	0,6
		República	3º	
		Santa Cecília	4º	
		Sé	3º	
Butantã	373.796	Butantã	5º	
		Morumbi	5º	
		Raposo Tavares	3º	22,7
		Rio Pequeno	3º	
		Vila Sônia	4º	
Pinheiros	270.819	Alto de Pinheiros	6º	
		Itaim Bibi	6º	-
		Jardim Paulista	8º	
		Pinheiros	6º	
TOTAL	**1.288.406**			

Fonte: CEALAG/SMAS/SP – 3º Revisão do BPC. Município de São Paulo (2004).

Tabela 10. Causas e coeficientes de mortalidade, Região Centro-Oeste e Município de São Paulo, 2005.

Indicador	Ano	Região Centro-Oeste	Município
1º causa de morte	2005	D. Isquêmica - Coração	D. Isquêmica - Coração
2º causa de morte	2005	D. Cerebrovasculares	D. Cerebrovasculares
3º causa de morte	2005	Pneumonia	Pneumonia
Coef. Mortalidade infantil (1.000 nascidos vivos)	2005	8,8	12,7
Coef. Mortalidade neonatal precoce (1.000 nascidos vivos)	2005	4,4	5,8
Razão de mortalidade materna (100.000 nascidos vivos)	2004	39,9	52,2
% mortalidade precoce (< 60 anos) por diabetes	2005	13,0	20,5
% mortalidade precoce (< 60 anos) por AVC	2005	14,3	24,4
Coef. Mortalidade por homicídios (100.000 habitantes)	2005	15,8	25,9
Coef. Mortalidade por atropelamentos (100.000 habitantes)	2005	4,5	6,00
Coef. Mortalidade por pneumonia idosos (100.000 idosos)	2005	286,9	288,0

Fonte: PMSP/SMS/Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo (2005).

A região Centro-Oeste possuía 33 UBS, 18 das quais eram da Prefeitura, 12 foram municipalizadas a partir de 2001, e três eram Centros de Saúde-Escola conveniados com a SES: CSE Butantã, CSE Barra Funda e CSE Geraldo de Paula Souza, pertencentes, respectivamente, à Faculdade de Medicina da USP, à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e à Faculdade de Saúde Pública da USP (Mapa 5; Tabela 11).

Das 33 UBS da Região Centro-Oeste, 18 eram do modelo AP, três eram Saúde da Família e 12 eram de modelo Misto.

Mapa 5. Unidades Básicas de Saúde, Região Centro-Oeste, Município de São Paulo, 2004.

Tabela 11. Unidades Básicas de Saúde municipais, municipalizadas e CS-Escola por Subprefeitura, Região Centro-Oeste, Município de São Paulo, 2004.

Subprefeituras	UBS		CS-Escola	TOTAL
	Municipais	Municipalizadas		
Butantã	8	5	1	**14**
Lapa	4	5	00	**9**
Pinheiros	2	1	1	**4**
Sé / Santa Cecília	4	1	1	**6**
TOTAL	**18**	**12**	**3**	**33**

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde – Coordenação da Atenção Básica e Programa Saúde da Família (2004).

3.2 As Unidades Básicas de Saúde e os Distritos Censitários

3.2.1 As Unidades Básicas de Saúde: Modelo PSF

Fizeram parte da pesquisa três UBS organizadas exclusivamente sob o modelo Saúde da Família – PSF, localizadas em distritos administrativos diferentes da cidade de São Paulo: uma em um distrito da região Centro-Oeste e as outras duas em dois distritos da região Norte.

As características demográficas e socioeconômicas desses distritos bem como as de sua população eram bem diferentes: o distrito Bom Retiro, localizado na região Centro-Oeste, Subprefeitura da Sé, possuía 26.520 habitantes (IBGE, 2000), dos quais aproximadamente 8% viviam em setores censitários de alta vulnerabilidade social. Tratava-se de uma UBS implantada na década de 1970, pela Secretaria de Estado da Saúde, no modelo de Ação Programática, mas que foi municipalizada, a partir de 2001, passando a funcionar predominantemente no modelo de Saúde da Família. Contava com três equipes contratadas na parceria da SMS com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A clientela atendida constituía-se de segmentos diferentes: famílias residentes há muitas décadas na área; trabalhadores do mercado formal, especialmente do sexo feminino, no setor terciário, no comércio e serviços; famílias trabalhadoras não cobertas pela legislação trabalhista e previdenciária, em geral imigrantes latino-americanos em situação ilegal no país, que prestavam serviços às indústrias de confecção locais. As trabalhadoras do mercado formal recorriam à unidade para atendimento, no fim da jornada de trabalho, buscando o ginecologista.

Na Região Norte, estavam localizadas as outras duas UBS do modelo PSF que, embora pertencessem à mesma Subprefeitura da Freguesia do Ó, estavam em distritos censitários diferentes: uma das unidades estava no distrito de Brasilândia, que possuía 247.324 habitantes (em 2000), dos quais 54% residiam em setores censitários de alta vulnerabilidade social. Foi implantada pela SMS em 1982 como UBS, a partir da pressão do movimento local de saúde, e transformada, em 2001, em unidade PSF. Os Agentes Comunitários de Saúde bem como a maior parte do pessoal de nível técnico dessa unidade residiam nas imediações. Apenas os médicos e enfermeiros moravam fora do distrito ou em outras regiões da cidade. A cobertura dessas equipes era de, aproximadamente, 24 mil pessoas residentes na área.

A outra PSF estava localizada no distrito da Freguesia do Ó, onde residiam 144.923 habitantes (em 2000), 18% dos quais em setores de alta vulnerabilidade social. Foi construída pela SMS, na década de 1980, e foi reorganizada segundo o modelo de Saúde da Família a partir de 2001.

3.2.2 As Unidades Básicas de Saúde: Modelo Ação Programática

As três unidades de AP pesquisadas estavam localizadas na região Norte, respectivamente, nas Subprefeituras da Vila Maria, Casa Verde e Santana. A pri-

meira se situava no distrito de Vila Medeiros, com 140.564 habitantes (em 2000), dos quais 19% residiam em setores censitários de alta vulnerabilidade social. A unidade ficava localizada no fundo de um vale de acesso limitado às outras vilas. A população do entorno era de 26.583 habitantes e, nas proximidades, existia uma favela em que residiam cerca de oito mil pessoas. Tratava-se de unidade implantada pela Secretaria de Estado da Saúde havia mais de 16 anos, e que foi municipalizada a partir de 2001. O prédio era amplo e bom, havia consultórios médicos e odontológicos, possuía assistente social, psicóloga, educadora de saúde e um setor de Regulação de Consultas e exames especializados.

A outra unidade estava em uma área de 147.631 habitantes (em 2000), 40% dos quais residiam em setores censitários de alta vulnerabilidade social. Era uma unidade "herdada" da SES que foi municipalizada. Estava situada em uma avenida servida de muitos meios de transporte e de grande comércio. Mas a população tinha nível socioeconômico precário, e havia uma favela bem populosa. Em 2001, houve um plano para implantação do PSF nessa unidade, mas tal fato não ocorreu e, em 2006, foi implantada, ao lado dela, uma unidade de Assistência Médica Ambulatorial – AMA, que funcionava todos os dias.

A terceira unidade, no distrito de Santana, contava com 112.401 habitantes (em 2000), 3% dos quais em setores de alta vulnerabilidade social. Foi implantada pela SMS em 1982. Passou, nos anos 1990, pela experiência de ter sido uma unidade do PAS[8]. A população era de classe média alta, sendo que 69% tinham convênio médico ou plano privado de saúde.

3.2.3 As Unidades Básicas de Saúde: Modelos Mistos

Das quatro MISTAS pesquisadas, duas estavam localizadas na região Centro-Oeste: uma na área da Subprefeitura da Sé, no distrito do Cambuci, contava com 28.717 moradores (em 2000), nenhum em setores censitários de alta vulnerabilidade social. Tratava-se de uma unidade com área física não muito grande e que devia abrigar os programas, rotinas e demandas dos dois modelos: AP e SF, com as exigências de atender acamados nos domicílios e desenvolver atividades na sua área de abrangência. Era uma unidade básica antiga, implantada nos anos 1970, pertencente inicialmente à SES e municipalizada a partir de 2001, quando se implantaram três Equipes de Saúde de Família, em parceria com a Unifesp. Havia, no seu entorno, uma população de aproximadamente 80 mil pessoas, 25% das quais (segundo a Gerente entrevistada) com mais de 70 anos. Nas últimas décadas, vinha atendendo também a grupos de população da cidade que viviam em situação de risco social e maior vulnerabilidade, tais como moradores de rua, de cortiços e de pensões. As Equipes de Saúde da Família davam cobertura a três mil famílias, aproximadamente 12 mil pessoas.

A outra, localizada no distrito da Barra Funda, contava com 12.965 habitantes (em 2000), dos quais 15% residiam em setores censitários de alta vulnerabilidade social. Era uma unidade-escola ligada à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Fundada, em 1966, por convênio da instituição de ensino com a SES para testar e avaliar os recém-definidos programas de saúde da SES/SP, nos anos 1970, resultantes da denominada reforma Dr. Walter Lezer. Desde então, vinha atendendo às famílias residentes na área; nos anos 1980, passou a atender os trabalhadores das equipes, firmas e serviços da região e, a partir dos anos 1990, também parte da população que vivia em situação de vulnerabilidade social, no centro da cidade: população de rua, profissionais do sexo, crianças e adolescentes em situação de risco, idosos. A partir de 2001, quando a SMS estabeleceu parceria com a Irmandade de Santa Casa para contratação de Equipes de Saúde da Família, essa unidade recebeu duas dessas equipes.

As outras duas MISTAS pesquisadas estavam na região Norte: uma na área da Subprefeitura de Santana, que contemplava 112.401 habitantes (em 2000), 3% residentes em setores censitários de alta vulnerabilidade social. Era uma unidade antiga e tradicional, implantada no final da década de 1970 pela SMS, para desenvolver os programas de saúde no modelo das Ações Programáticas; passou a servir, no final dos

[8] Plano de Atendimento à Saúde, caracterizado por ser organização de caráter privado que baseava seu trabalho em cooperativas de trabalhadores.

anos 1990, como unidade de referência para casos mais complexos e para tratamento de Diabete Melito. Em 2001, com a implantação do PSF, recebeu uma das equipes na parceria da Secretaria com a Unifesp. Como era uma única equipe do PSF, ela foi destinada ao atendimento da população que residia no conjunto habitacional do Cingapura. Essa unidade mista estava localizada em uma área do distrito de Santana que possuía grandes prédios comerciais, bancos etc., e a população do entorno era de 68 mil habitantes.

A outra MISTAS situava-se na área da Subprefeitura da Freguesia do Ó, mas no distrito da Brasilândia; contava com 247.324 habitantes (em 2000), 54% dos quais em setores censitários de alta vulnerabilidade social. Foi implantada em 1982 pela SMS, em resposta, também, a um movimento social de saúde bem organizado que existia na região. Tornou-se uma unidade do PAS (Plano de Atendimento à Saúde) nos anos 1990, na gestão de Paulo Maluf na Prefeitura de São Paulo. Em 2001, quando da implantação do PSF, recebeu quatro equipes.

Em síntese, a distribuição das UBS pesquisadas, segundo modelos, regiões, distritos censitários, população geral e por setores censitários de alta vulnerabilidade social está apresentada na Tabela 12.

Tabela 12. Distribuição das Unidades Básicas pesquisadas, segundo modelo, região, distrito ddministrativo, população de abrangência e percentual de alta vulnerabilidade social. Cidade de São Paulo, 2007.

Modelo UBS	Região da cidade de SP	Distrito Administrativo	População (em 2000)	População em setores censitários de alta vulnerabilidade social, 2004. (%)
PSF	Norte	Brasilândia (Vila Guarani)	247.324	54%
MISTA	Norte	Brasilândia (J. Carombé)	247.324	54%
AP	Norte	Cachoeirinha (J. Peri)	147.631	40%
AP	Norte	V. Medeiros (Vila Ede)	140.564	19%
PSF	Norte	Freguesia do Ó (Cruz das Almas)	144. 923	18%
MISTA	Centro-Oeste	Barra Funda	12.965	15%
PSF	Centro-Oeste	Bom Retiro	26.520	8%
AP	Norte	Santana (Chora Menino)	113.401	3%
MISTA	Norte	Santana (JAE)	113.401	3%

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

4. OS SUJEITOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A INTEGRALIDADE

4.1 Os gerentes das UBS e a Integralidade

Dos gerentes entrevistados, sete eram do sexo feminino e três do sexo masculino; cinco eram médicos (três pediatras, um clínico e um sanitarista), dois eram enfermeiros (um de Saúde Pública e outro com experiência hospitalar), dois eram assistentes sociais e um era dentista. O tempo em que estavam na gerência também era variado, embora, na maioria, fossem funcionários antigos da SMS. Desses, seis estavam exercendo a função de gerentes entre um e três anos; dois, havia seis anos; e um, havia três meses. Quanto aos dois gerentes que tinham mais tempo de gerência (seis anos), um vinha desempenhando em uma unidade do modelo Ação Programática e o outro em uma unidade Mista – MISTA.

4.1.1 A Integralidade Horizontal

a) Acessibilidade

Na **Unidade de Saúde da Família** localizada na região Centro-Oeste, havia três equipes, mas uma delas não tinha médico no momento de pesquisa; na

outra, o profissional atendia das 7h00 às 14h00. Apresentava uma demanda reprimida para marcação de consulta, com espera de cerca de dois meses. Segundo a gerência, a mudança na sistemática de marcação de consulta, que passou a ser diariamente, exigia que as pessoas procurassem muitas vezes a unidade sem obter atendimento, ao mesmo tempo em que pressionava a recepção, com filas no início da manhã de aproximadamente 30 pessoas, ocasionando reclamações entre os usuários e estresse entre os funcionários. A situação se agravava, conforme se pôde perceber pela observação do pesquisador, por dificuldades na área da informática, pois os usuários deveriam apresentar o Cartão SUS e o funcionário registrar, mas, frequentemente, "o sistema caía", ocasionando mais insatisfação e pressão, criando um clima tenso no setor.

Para as famílias cadastradas nas microáreas das equipes de Saúde da Família, a situação era menos difícil, porque os Agentes Comunitários podiam marcar as consultas, previamente, na unidade e informar sobre a data, quando faziam as visitas domiciliares. Já para as pessoas residentes na área, mas não cadastradas nas Equipes de Saúde da Família, bem como para os que só trabalhavam na área, o acesso à unidade era mais difícil; na observação, foi possível verificar, também, que trabalhadores da área que buscavam a unidade tendiam a ser "mais jovens e com melhor aparência física".

Uma das questões apresentadas na entrevista com a gerência referia-se ao fato de que, com essa sistemática de agendamento e por causa da demanda reprimida, ocorria um alto absenteísmo nas consultas agendadas. Para as famílias cadastradas na Saúde da Família, embora houvesse maior acesso ao serviço, informações da gerência apontavam para a insuficiência do número de equipes, calculando que, na área, havia ainda de seis a sete mil pessoas não cadastradas.

A outra unidade do modelo Saúde da Família, localizada na região Norte, apresentava horário de atendimento mais amplo, com cobertura pelas várias equipes, das 7h00 às 19h00, o que facilitava o acesso dos usuários. A localização era boa, bem como a planta do prédio era adequada, embora a topografia do bairro fosse muito acidentada. Havia preocupação dos Agentes em cadastrar as famílias recém-chegadas à área e marcar a primeira consulta por meio de um tipo de "Vale Consulta". O acesso a medicamentos era bom para usuários cadastrados, bem como para usuários de outras UBS; mas, segundo a gerência, essa demanda para medicamentos, somada à demanda de usuários de convênios e planos de saúde que residiam na região, vinha se constituindo em um problema para a unidade.

> *"O acesso ao medicamento ocorre pelos usuários do PSF e também por usuários de outras unidades, o que causa problemas para o posto, que tem buscado intercambiar com os demais postos; ocorre também aqui a busca de medicamentos por usuários de convênios. Já o acesso ao medicamento pelos diabéticos é feito no posto de referência (unidade mais complexa no distrito de Santana), mas o encaminhamento também é problemático".*

A terceira unidade de PSF estudada também estava localizada na região Norte da cidade. Segundo a gerência, a cobertura era de 2.500 famílias, isto é, 19.500 pessoas, o que correspondia a 70% da população do seu entorno. Na entrevista, ela informou que a unidade atendia dois tipos de população, que viviam em duas áreas locais: uma de pior nível socioeconômico, que residia mais longe e que, em virtude da topografia do bairro, apresentava maior dificuldade de acesso à unidade. Essa população residia na favela, nos cortiços e em habitações precárias. Já o outro seguimento de usuários vivia em melhores condições de habitação, apresentava nível socioeconômico médio, e muitos tinham convênios e planos de saúde particulares. Eram, portanto, "famílias de classe média".

A localização da unidade era muito boa, assim como o prédio era bem construído, com boa distribuição interna, corredores amplos, conforme foi observado pelo pesquisador. O horário do atendimento também favorecia o acesso, porque funcionava durante 12 horas: das 7h00 às 19h00 diariamente. O agendamento era realizado com a apresentação do cartão do SUS, na própria unidade, ou de um *ticket* de encaminhamento fornecido pelo Agente Comunitário, quando da visita domiciliar às famílias cadastradas. Ainda segundo informação da gerência, o tempo de espera para uma consulta girava em torno de 30 dias. Outro aspecto

mencionado na entrevista é que o Agente vinha encontrando dificuldades de acesso às famílias que residiam nas extremidades de sua microárea.

Quanto às unidades localizadas na zona Norte e organizadas sob o modelo de **Ação Programática**, foram encontradas diferentes situações: a primeira delas foi municipalizada, e contava com um número maior e mais diversificado de funcionários. A experiência anterior do gerente era na área hospitalar e de pronto socorro, e sua formação era em administração hospitalar. Essa experiência anterior fez com que essa unidade fosse "organizada por gerências e cobrados os resultados das encarregadas", segundo ela declarou ao pesquisador. O horário de atendimento era de 12 horas, mas foi reduzido para o horário das 7h00 às 17h00 por motivos de segurança na região: "A unidade atendia anteriormente até as 19h00, mas por problemas de segurança foi reduzido em duas horas (o funcionamento), mas estamos discutindo o retorno para até as 19h00". Essa unidade oferecia uma barreira de caráter topográfico para o acesso dos idosos e pessoas com deficiências, mas a "demanda não é exagerada", informou o gerente entrevistado. Características que também chamaram a atenção na pesquisa de campo: nessa unidade, existia estágio de residentes de Medicina; o próprio ginecologista colhia o material para o exame de Papanicolau (e não a enfermagem, como nas outras UBS); apenas um profissional, o pediatra, tinha contato fora da unidade, com a escola de Ensino Fundamental, especialmente preocupado com a prevenção do consumo de álcool e drogas entre os adolescentes.

A segunda unidade estudada, no modelo de AP, também estava localizada em um distrito da região Norte: ocupava um prédio de dois pavimentos sendo que, na ala direita do primeiro pavimento, foi implantada, em 2006, uma AMA (Assistência Médica Ambulatorial) pela SMS, para atendimento de consultas especializadas de emergência. Do primeiro para o segundo pavimento não existiam rampas, apenas escadas, o que dificultava o acesso de idosos, deficientes ou outras pessoas com dificuldade de locomoção. Do ponto de vista físico, a unidade era de fácil acesso, mas a circulação, no seu interior, era dificultada, porque os consultórios ficam no segundo pavimento. Mesmo assim, o afluxo de pessoas era muito grande, todos os dias. Para o gerente entrevistado, o acesso era dificultado não só pela estrutura física do prédio, mas também porque havia falta de funcionários, havendo grande demanda para a farmácia no início da semana, porque as pessoas atendidas na AMA (que funciona aos sábados) procuravam aí obter a medicação prescrita. Ainda havia falta de funcionários capacitados, principalmente na recepção. O retorno, no geral, era para 30 dias e, na percepção da gerência, havia falta de auxiliares de enfermagem. Houve aumento na procura da unidade pelos idosos que residiam na região, provavelmente pela perda do poder aquisitivo. O mesmo gerente explicou que esses idosos eram exigentes e costumavam queixar-se quando tinham que esperar pelo atendimento ou consideravam que não tinham sido bem atendidos em suas demandas. Na entrevista, o gerente fez suas considerações a respeito da "missão" da Unidade Básica de Saúde:

> *"Porque eu acho que ela se perdeu. O que aconteceu com as unidades?* (Elas) *abriram as portas totalmente. Tem um lado bom, mas tem um lado ruim, porque abriu as portas, mas não tem como dar conta. E isso trouxe um usuário que chega achando que tem que ser atendido 'em tudo'. E a gente não consegue. Eu acho que os profissionais se perderam muito, porque o que a população mais gostaria é que não tivesse consulta agendada, que eles chegassem e fossem atendidos. Se transformar isto aqui em PA* (Pronto Atendimento)*, eles vão amar. Mas não é o nosso objetivo."*

A terceira MISTA pesquisada localizava-se na região Norte da cidade, na Subprefeitura de Santana. O prédio era antigo e bem distribuído; mas, segundo a gerência, a população de sua área de referência, prevista em 68 mil habitantes, era muito maior do que a unidade tinha capacidade para atender, pelo fato de muitos trabalhadores de um *Shopping Center* próximo buscarem atendimento nessa unidade, além de ela receber encaminhamentos de outras UBS, especialmente de casos de Diabete Melito. Considerava a gerência que havia grande contingente de "população usuária itinerante", atendendo-se de 250 a 300 pessoas por dia. Para a gerência, havia uma "crise de iden-

tidade" da demanda dessa unidade de saúde: boa parte era formada pelos idosos da região, eram poucas as crianças que a procuravam, e a maioria das gestantes que faziam pré-natal na unidade não morava na região (quando muito, apenas trabalham lá). A maior parte dos funcionários era antiga, estava próxima da aposentadoria e atendia no programa de Saúde Bucal e no Ambulatório de Especialidades Odontológicas, diferentemente dos que eram atendidos nos CEOS (Centros de Especialidades em Odontologia) que a SMS implantou, no final da gestão da Prefeita Marta Suplicy (2000-2004). O gerente entrevistado considerou que havia indefinição sobre as Unidades Básicas de Saúde: naquele momento, deviam ser UBS, no modelo antigo de Ação Programática ou no modelo de Saúde da Família? Pronto atendimento? AMA (Assistência Médica Ambulatorial)? Unidade de passagem? Observou o pesquisador que os funcionários nessa unidade ficavam, com frequência, em suas salas, bem como a Equipe de Saúde da Família tinha sua "sala própria", pouco interagindo entre si. A unidade era de fácil acesso, pela sua localização, daí a presença do que a gerência denominou de "população itinerante", bem como de usuários referenciados por outras unidades para tratamento de Diabete Melito ou para Saúde Bucal. Apesar de o espaço físico ser bom, era mal distribuído e mal sinalizado; o saguão era pequeno e havia muitos papéis afixados nas paredes, o que confundia os usuários; os corredores eram estreitos, os funcionários não usavam crachá, e o agendamento para a primeira consulta estava demorando cerca de dois meses.

A quarta MISTA pesquisada localizava-se na região Norte, também no distrito de Brasilândia, em uma área de população empobrecida e tinha, como população adstrita, 70 mil habitantes. O prédio era amplo, e quatro equipes de PSF foram implantadas em 2001, na parceria da SMS com a Associação Saúde da Família. A unidade estava bem localizada, porque havia várias linhas de ônibus que chegavam às proximidades, apesar da topografia irregular. Por esse motivo, a demandavam nessa unidade não era só de moradores da região, mas de usuários de outras regiões, o que trazia reflexos para a recepção e para o acolhimento da unidade. Durante a entrevista, a gerência queixou-se do fato de ser uma unidade mista:

> *"É difícil administrar uma unidade mista, pois são dois programas com remuneração diferente, processos diferentes."*

Na acessibilidade, as diferenças entre os modelos levavam a perceber queixas por parte dos usuários, reforçadas na entrevista:

> *"... pelo lado do usuário* (também) *que diz: por que o meu vizinho tem visita em casa e eu não?"*

b) Acolhimento

No acolhimento da PSF, foi possível observar que havia diferenças nas atitudes dos funcionários: os mais antigos pareciam mais preparados para indagar ao usuário o motivo da queixa, se era possível esperar, ou se deviam ser encaminhados para o atendimento mais resolutivo da enfermagem e do médico, naquele momento. Outro fator que dificultava o acesso ocorria no próprio Acolhimento: os funcionários mais jovens eram obrigados a, antes, consultar a enfermagem para saber se o usuário deveria ser encaminhado para seu atendimento. Esse procedimento poderia introduzir, no cotidiano, uma dificuldade a mais no próprio Acolhimento. Já com respeito às famílias e a trabalhadores imigrantes, a contratação de dois Agentes, de origem latina, em uma das equipes de PSF, vinha facilitando o Acolhimento dessas famílias, principalmente pela facilidade de comunicação, seja pela língua ou pela compreensão de seus padrões culturais, relações de gênero e comportamento reprodutivo. A alta demanda e o espaço exíguo da unidade faziam com que os usuários que chegassem atrasados às consultas agendadas não fossem atendidos e fossem obrigados a remarcar as consultas, ampliando ainda mais a pressão sobre a recepção. A ação do Agente também se fazia notar na busca ativa de sintomáticos de tuberculose e orientação para os não sintomáticos na fila do Acolhimento.

Na segunda PSF pesquisada, localizada na região Norte, foi possível observar que, no Acolhimento, auxiliares de enfermagem e enfermeiras atendiam diretamente os que não tinham consulta agendada e buscavam resolver as demandas.

Na outra PSF, localizada na região Norte, o Acolhimento previa usuários não agendados, para os quais era separada uma "reserva técnica" no sentido de encaixá-los. Os prontuários dos agendados eram separados na véspera, e os usuários só precisavam chegar 15 minutos antes da consulta marcada. Não havia filas de espera nem aglomerações, o fluxo era pequeno, embora, segundo a gerente, passassem mais ou menos 300 pessoas por dia na unidade.

Durante o período de observação, o pesquisador percebeu que, no Acolhimento, os funcionários eram muito atenciosos e procuravam não criar nenhuma restrição de atendimento. Mesmo as pessoas que procuravam a unidade apenas para passar pela Perícia Médica, que era exigida para obter Isenção Tarifária no sistema de transporte por necessidade social, idade ou deficiência, eram "diluídas" no atendimento de todos os dias, passando antes por um assistente social e, depois, pelo médico.

Na observação do pesquisador, na primeira unidade de AP pesquisada, o Acolhimento pareceu ser bastante eficiente, "mas frio": os funcionários se preocupavam mais com o manejo do computador do que com o contato com os usuários. "O atendimento chega a ser cansativo pela espera para quem chega". Os próprios usuários pareciam dizer: "não tem jeito"; olhavam para os lados e para a funcionária mais lenta como que perguntando: "será que ela achou meu nome?".

Para o observador, ainda, a "monotonia" do atendimento parecia existir também nos outros espaços da unidade de AP, exceto no setor de Regulação para marcação das consultas, na psicologia, no serviço social e nos grupos de orientação. Nas unidades de pesquisadas as consultas eram marcadas diariamente, mas a exigência de o usuário apresentar o Cartão SUS dificultava o fluxo de atendimento. Essa unidade recebia também encaminhamentos de outras cinco unidades próximas, bem como pessoas que residiam no distrito e viviam em situação de alta vulnerabilidade social. As restrições para o atendimento decorriam do número de senhas que a unidade podia oferecer e, também, da área de abrangência atendida, que era muito superior à sua capacidade instalada. Informou a gerência:

> *"Aqui no AMA são atendidas de 350 a 380 pessoas por dia. Na unidade são de 280 a 320 pessoas por dia. Na segunda-feira, na dispensação de medicamentos da farmácia, chega-se a atender a 700 pessoas, porque a AMA funciona de sábado e a Unidade Básica de Saúde não, e a farmácia está localizada na unidade básica de saúde."*

Na observação, foi possível perceber que o primeiro contato de qualquer pessoa que procurava a unidade era com o encarregado de segurança patrimonial que prestava informações pontuais. Na unidade, não havia estrutura ou espaço de Acolhimento propriamente dito; tampouco havia setas, cartazes indicativos nem mesmo o telefone da Ouvidoria era de fácil visualização. Os usuários buscavam informações entre si. Na recepção estava todo o material de registro da unidade: arquivos, computadores etc. A Carteira de Identidade e o Cartão SUS eram exigidos para atendimento; eram separados os guichês de primeira demanda e o de consultas pré-agendadas, o que se confirmou na observação. Às segundas-feiras, dado o não funcionamento da farmácia da unidade para atender à demanda dos usuários de AMA no final de semana, era muito grande a procura nesses guichês, o que ocasionava conflitos que, em geral, eram encaminhados à gerência para solução. Na entrevista, o gerente manifestou várias vezes sua preocupação com a qualificação dos funcionários para o Acolhimento, ao mesmo tempo em que justificava a não existência de uma atividade organizada nesse sentido pela pressão da demanda que era muito grande:

> *"A Saúde ficou desorganizada. Teve o PAS, depois foi difícil a organização da saúde como um todo... agora é o AMA... tudo é para nós: a marcação de especialidades, fazer cartão SUS, dispensação de medicamentos, aumentou a demanda, aumentou o serviço e eles* (funcionários) *estão muitos estressados."*

Como a unidade não tinha Assistente Social, quando havia alguma demanda de caráter social que exigia encaminhamentos para instituições dessa área, os funcionários mobilizavam-se para fazer os contatos intersetorialmente e resolver os problemas como

podiam. A satisfação dos usuários com o acesso ao atendimento era variável; alguns conseguiam atender às suas necessidades mais facilmente, outros tinham que esperar, como no uso do Planejamento Familiar, que formava grupos de apenas 20 participantes, e a agenda era aberta uma vez por mês. Às vezes o usuário vinha à consulta agendada, mas, se o médico faltasse, ele deveria reagendar, como no caso do Programa de Saúde da Mulher, em que havia demora de mais de dois meses para conseguir marcar consulta.

A terceira unidade organizada exclusivamente no modelo de Ação Programática também estava localizada na região Norte, em um prédio reformado e em terreno amplo. A população adstrita era de 58 mil habitantes; havia, contudo, porcentagem importante da população de classe média alta na área, mas boa parte não frequentava; assim, parte significativa das crianças vacinadas na unidade não residiam no entorno: vinha de bairros e distritos próximos como Lauzane, Mandaqui, Casa Verde, Brasilândia e Jardim Peri. Segundo o gerente, havia, ainda, na área, muitos idosos que usavam a unidade, porque não tinham Planos de Saúde. Os funcionários da unidade, na sua maioria, eram funcionários municipais, mas os contratados mais recentes estavam sob o regime da CLT. A boa localização da unidade e a disponibilidade de transporte no bairro facilitavam o acesso de usuários que moravam mais longe. As consultas novas eram marcadas com pequeno prazo de espera, em geral de uma semana, mas já chegou a demorar meses. Os que tinham consulta agendada aguardavam no local de uma a duas horas para serem atendidos, o que causava reclamações dos usuários. Na opinião da gerência, faltavam consultórios para melhorar o atendimento. Passaram a fazer o agendamento de novas consultas, conforme normas definidas pela SMS, mas sempre reservavam duas vagas na agenda de cada profissional para a "procura do dia", estratégia que o gerente chamava de "encaixe" ou "reserva técnica". Por falta de clínicos, estavam usando também um sistema de rodízio, contando a unidade com profissionais de fora para atender à demanda; mas a estratégia, segundo a gerência, estava sendo mais exitosa na atenção às crianças do que aos adultos. Na UBS, não havia falta de medicamentos, mas o programa Remédio em Casa foi desativado por falta de profissionais fixos para desenvolvê-lo. Os pacientes com doenças crônicas eram encaminhados para uma unidade da área mais complexa, mas as relações com outros níveis de atenção eram descontínuas, como em relação aos CAPS (Centro de Assistência Psicossocial) e ao CRI (Centro Referência ao Idoso). A própria unidade era referência para Saúde Mental da área, mas só contava com dois psiquiatras, que não davam conta da demanda.

Das quatro unidades denominadas "Mistas", porque tinham, no seu interior, os dois modelos: Saúde da Família e Ação Programática, a primeira analisada localizava-se na região Centro-Oeste da cidade (Sé), numa área de população idosa e de segmentos muito vulneráveis socialmente. Contava com três Equipes de Saúde da Família, com previsão de implantação de mais uma equipe; mas não havia espaço físico para que essa ampliação se efetivasse. Quanto ao acesso, para uma parte de população, a topografia facilitava, mas, para outra parte, não. Quanto ao Acolhimento, havia queixas da gerência, e também foi observado pela pesquisadora que o sistema informatizado era falho: "o sistema cai toda hora", criando muita tensão na recepção. Os usuários que tinham consulta agendada, se atrasassem mais de 30 minutos, não eram mais atendidos e precisavam reagendar; como podia haver faltas e atrasos por parte dos paciente agendados previamente, os funcionários recomendavam aos que não tinham consulta marcada que viessem à unidade e que "se arriscassem a conseguir encaixar-se nessas vagas", mas sem garantia de que seriam atendidos. Os funcionários de Recepção, no geral, atendiam de forma pontual e procuravam resposta às demandas, mas havia diferenças entre eles: alguns eram mais atenciosos, o que fazia com que os usuários procurassem ser atendidos sempre por esses funcionários, ou até agendar consulta com o mesmo médico, embora essa não fosse a rotina da unidade, a não ser no caso das equipes do PSF. As filas se formavam e se esvaziavam ao longo do dia, mas não ultrapassavam dez pessoas, nos horários de pico, conforme observação do pesquisador.

Na observação do pesquisador, o Acolhimento ficava prejudicado, muitas vezes porque não passavam informação adequada sobre os direitos dos usuários, conforme se verificou, e sobre o passe de transporte para que a gestante viesse a todas as consultas do Pré-Natal e quantas viagens seriam asseguradas no Bilhete

Único de transporte. O Acolhimento acabava sendo prejudicado por problemas estruturais: falta de organização, de capacitação dos funcionários, ou até atendimento incompleto e rápido que alguns deles dispensavam aos usuários. Na observação, também foi possível perceber que, na sala de Regulação de Vagas para as especialidades e exames complementares, o Acolhimento era mais efetivo: os usuários eram convidados a sentar-se, e o funcionário procurava informar-lhes sobre os serviços para os quais estavam sendo encaminhados, porque havia vagas na especialidade requerida, e indagava se era de fácil acesso para eles.

Já na sala de procedimentos de enfermagem, de vacinação e na recepção, não se observou esse tipo de Acolhimento, pensado como uma "rede de conversações" entre usuários e equipes de saúde para melhor compreensão das informações e das necessidades apresentadas.

A segunda MISTA, localizada na região Centro-Oeste, era também um Centro de Saúde-Escola. Encontrava-se instalado em uma avenida com vários galpões, e a população que dele se servia vinha da Barra Funda, de duas favelas locais (do Gato e do Moinho), e dos cortiços; ainda frequentavam a MISTA parte da população de rua e profissionais do sexo. Nessa Unidade, a articulação entre os dois modelos AP e SF se somava à complexidade de uma unidade que era, também, espaço de formação de futuros profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos e de capacitação de funcionários do SES/SP de nível elementar e de nível técnico, além de produzir pesquisas em Atenção Básica à Saúde. Conviviam, no dia a dia, às vezes mais harmonicamente, outras vezes mais conflituosamente, os diferentes interesses e perspectivas de estudantes, docentes, profissionais e usuários. A unidade, segundo a gerência, funcionava com "porta aberta" para a demanda. Na recepção, os funcionários eram atentos e acolhiam bem as demandas dos usuários dos mais diferentes segmentos, como foi possível ser observado pelo pesquisador. Eram executados muitos procedimentos de enfermagem, especialmente curativos em usuários que não faziam parte da demanda cadastrada, na Saúde da Família, mas que participavam, há muito tempo, dos programas de Saúde da Criança, Mulher, Adulto, Saúde Mental e Saúde Bucal. Na observação, foi possível perceber que os usuários tinham uma avaliação positiva de qualidade do atendimento e da postura dos funcionários, mas também se queixavam do tempo de espera. Queixavam-se, também, de que as atividades de ensino dificultavam a formação de vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde, especialmente com os médicos. A demanda era muito grande e não era possível atender a todos, tornando os agendamentos muito demorados, levando 60 a 90 dias para se marcar uma consulta: "a não ser que o Acolhimento avalie e encaixe", afirmava o gerente. A gerência procurava garantir certa prioridade para o atendimento das gestantes no Programa "Mãe Paulistana" da SMS e para o atendimento aos recém-nascidos. O Cartão SUS era solicitado para a marcação de consultas e procedimentos, mas o sistema informatizado sofria do mesmo problema das outras UBS: "o sistema cai frequentemente". Além disso, havia usuários com demanda para medicação que não residiam na área adscrita. Pela observação, foi possível identificar dois horários de pico na pressão da demanda: às 7h00 e às 15h00, que correspondiam aos horários dos dois turnos de consultas e coleta de material para exames complementares. Na farmácia, o horário de maior demanda era das 12h00 às 13h00, justamente na hora de almoço, o aumentava a frequência de usuários de sexo masculino, provavelmente trabalhadores, que era muito pequena nos outros horários. Essa demanda no horário de almoço criava um ambiente mais tumultuado na unidade, porque coincidia, também, com o horário de troca de funcionários ou do almoço, enquanto continuava a atender.

c) Vínculo

Analisando a questão do vínculo entre os funcionários e a população, a gerência de uma das unidades do modelo Saúde da Família apontou as dificuldades de trabalhar com esse aspecto no cotidiano dos serviços, em que o estresse estava sempre presente:

> *"É muito difícil gerenciar pessoas da forma como eles se comportam, se relacionam com a população... se é uma postura favorável para estabelecer vínculos... o estresse deles é muito grande, porque o relacionamento humano é sempre muito complicado e* (ainda) *se relacio-*

nar com as questões de saúde... (...) O indivíduo (usuário) *vem aqui, ele já vem com uma carga emocional muito grande... está em sofrimento e aí encontra um funcionário irritado, estressado, sobrecarregado... a cada entrevistado em conflito ... já conversei individualmente, em equipe... mas a gente não consegue resolver."*

"Eu acho que o vínculo tem que ser firmado, não tendo tido solicitações com relação a isso. Ainda não é o ideal, mas agora está muito melhor. Aqui não temos muitas queixas dos usuários na Ouvidoria... quando há reclamações, procuramos ouvir os dois lados: o usuário e o funcionário."

A observação do pesquisador confirmou a "fala" da gerência: percebia-se certa irritabilidade e intenção de "despachar" logo o usuário, no comportamento da maior parte dos funcionários, havendo, é certo, algumas exceções. Mesmo quando a informação era correta, o clima na recepção não era favorável, não "dá espaço" para o usuário comunicar-se.

No entanto, o próprio pesquisador referiu que era normal perceber certa abertura para o desenvolvimento de vínculos entre funcionário e usuários, quando o Agente ajudava na recepção, reconhecendo pessoas, conversando em um tom de maior proximidade. Outro aspecto observado foi a comunicação, na Língua do usuário, no caso de imigrantes bolivianos, por parte do auxiliar de enfermagem no atendimento, deixando o usuário mais tranquilo e confiante. A contratação de Agentes e auxiliares de enfermagem que falassem espanhol melhorou a comunicação com esse segmento da população local, que imigrou para trabalhar nas confecções da região.

Na outra unidade Saúde da Família, localizada na região Norte, era estimulado o desenvolvimento de vínculos entre funcionários e usuários, sempre atendidos pelos mesmos profissionais; as relações entre os próprios usuários pareceram "bem calorosas" na observação do pesquisador. No momento da observação, houve dificuldades apenas em um dos dias pela manhã, porque estava faltando médico em uma das Equipes de Saúde da Família: os médicos das demais equipes estavam atendendo os usuários da microárea do colega e "encaixando", no agendamento, as demandas mais urgentes.

Para a gerência da unidade, não havia problemas de relacionamento entre funcionários e usuários, e havia referência entre os usuários na procura de funcionários que os atendiam constantemente:

Já nas três unidades pesquisadas que desenvolviam exclusivamente o modelo de Ação Programática, queixava-se, uma das gerentes, de que havia distanciamento entre funcionários e usuários; era possível perceber vínculos com o usuário apenas em projetos específicos, como o de Terapia Comunitária. Essa afirmação foi observada, na prática, pelo pesquisador; havia fluidez nas conversas, os usuários acreditavam e confiavam nos técnicos; era um espaço de escuta, orientação e apoio. Os encontros eram agendados e "aguardados" pelo usuário como algo que poderia ajudá-los. Essa atividade de Saúde Mental era referência para as unidades da região e para outras unidades, contando a equipe com a participação de um psiquiatra, uma psicóloga e uma assistente social.

Na outra unidade de modelo de Ação Programática, o vínculo não obedecia a um padrão geral, e ficava na dependência das características pessoais de cada funcionário que atendia: os usuários procuravam falar sempre com os funcionários que os ouviam e que conheciam pessoalmente, já que nessa unidade havia muitos funcionários antigos. No geral, a postura dos profissionais era pragmática, buscavam resolver logo a demanda, já que a pressão por atendimento era muito grande. Durante a observação, o pesquisador verificou que, nos dias em que a demanda diminuía devido a condições climáticas, por exemplo, os funcionários se mostravam mais tranquilos na orientação aos usuários. A gerência procurava garantir que o atendimento de cada usuário sempre fosse realizado pelo mesmo profissional, mas nem sempre o conseguia, por causa de férias dos funcionários ou da procura do usuário em situação de emergência; nesses casos, procuravam "encaixar" com outros médicos. Na entrevista, a gerência relatou, ainda, que havia dificuldades no desenvolvimento de vínculos entre funcionários e usuários, especialmente quando aqueles estavam em desvio em função.

Na terceira unidade desse modelo Misto, foi possível constatar que havia vínculos bem desenvolvidos entre os profissionais de enfermagem e os usuários, mas não entre os médicos e usuários, porque esses profissionais rodiziavam mais no atendimento. A gerência pedia que os usuários viessem sempre no horário do profissional que os atendia, mas nem sempre isso era possível, especialmente quando havia médicos em férias; nesse caso, o usuário seria atendido por outro profissional. Nas reclamações junto à Ouvidoria, não havia queixa de usuários a respeito da falta de vínculo com os profissionais que os atendiam, mas foi possível observar, pelo pesquisador, que as consultas duravam, em média, dez minutos.

Entre as quatro unidades de modelo misto, constatou-se, em uma das localizadas na região Centro-Oeste da cidade, que havia uma pressão grande dos idosos no atendimento; eles exigiam seus direitos, mas, segundo a gerência, havia dificuldades operacionais na unidade para atender essa demanda e para desenvolver um vínculo efetivo entre funcionários e usuários, muito embora reconhecesse que esse princípio estava no "discurso" da Política de Saúde. Da parte desses usuários idosos, como eles frequentavam havia vários anos um programa de atividade física em um Balneário local, numa ação intersetorial entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Esportes do município, eles desenvolviam um forte vínculo entre si nessas atividades.

Outra forma de estimular a formação de vínculos entre funcionários e idosos apareceu no Programa de Atendimento aos Acamados. Alguns deles conseguiam conversar por telefone com os profissionais que os atendiam e tirar suas dúvidas quanto à medicação de que faziam uso. No mais, nas atividades desenvolvidas no modelo AP nessa unidade, eram raras as manifestações de que existissem vínculos fortes entre funcionários e usuários, com exceção do setor de Regulação de Encaminhamentos para consultas de nível ambulatorial, fora da unidade, que, durante a observação do pesquisador, se revelou mais receptivo, com certa preocupação de "escutar" mais atenciosamente a demanda e as necessidades dos usuários. Nos outros setores, a escuta era mais formal, sem se deter muito nas particularidades do caso ou incentivar a expressão do usuário. Um aspecto positivo observado e confirmado pela gerência: na Recepção sempre havia um esforço de garantir o atendimento do usuário com o mesmo profissional.

Já nas equipes organizadas sob o modelo Saúde da Família, nessa mesma unidade, os vínculos entre profissionais e usuários eram mais fortes, especialmente nas atividades grupais.

Na outra MISTA pesquisada, localizada também na região Centro-Oeste, da cidade, o fato de ser uma unidade em que o ensino de futuros profissionais era um dos objetivos, o vínculo dos profissionais com usuários era mais restrito, porque os estudantes atendiam o usuário antes dos clínicos que os orientavam; mas, para a gerência, mesmo assim o vínculo da unidade com a comunidade era muito forte, e entre funcionários e usuários era bem desenvolvido, apesar do ensino e da presença constante de estudantes no atendimento:

> *"Há uma preocupação muito séria do que devemos fazer para manter o vínculo do médico com o paciente, através do residente e do aluno... Eles estão aqui para aprender, mas você tem que fazer com que o paciente saia sabendo que ele tem um médico só."*

Já no modelo Saúde da Família, o estudante acompanhava o Agente Comunitário com frequência e percebia o vínculo que ele estabelecia com as famílias.

Em uma das MISTAS localizadas na região Norte, unidade de referência, predominava o modelo de Ação Programática, existindo apenas uma Equipe de Saúde da Família, que concentrava sua atividade na atenção às famílias que residiam em um conjunto habitacional popular localizado nas proximidades. A gerência considerou que não tinha dificuldades com a questão do vínculo entre profissionais e usuários, mesmo no atendimento de equipes organizadas sob o modelo de Ação Programática:

> *"... não aparecem* (queixas) *nem nas poucas Ouvidorias que tive desde janeiro, quando comecei... acho que o que facilita o vínculo é você se comprometer com o usuário; é quando você garante o vínculo."*

Na observação do pesquisador, foi possível acompanhar a chegada de usuários, especialmente dos que buscavam os glicosímetros; a espera era de 50 minutos, pois o mesmo funcionário dispensava o medicamento, registrava as solicitações médicas e orientava os usuários sobre o uso; mas nenhum dos pacientes soube informar o nome do profissional que o atendia. Já na única Equipe de Saúde da Família existente nessa unidade, uma das gestantes que estava sendo atendida não sabia do Programa Mãe Paulistana nem que teria direito a um cartão que lhe garantiria o transporte para chegar à UBS. As consultas realizadas pareceram também muito rápidas para o pesquisador.

Na última MISTA pesquisada, a gerência apontou que não havia reclamações sobre o vínculo entre usuários e funcionários. Na observação, o pesquisador relatou que o relacionamento era de certa informalidade, até meio indisciplinado entre usuários e funcionários: conversavam alto, havia muito ruído no saguão de espera e na sala de vacinação. As consultas também eram rápidas, e os usuários eram encaminhados, em seguida, para uma educadora em saúde, o que lembrava a proposta das Ações Programáticas de pós-consulta.

d) Enfoque Familiar

Nas PSF, o enfoque familiar é parte constitutiva da proposta. No caso da PSF que ficava situada na região Central da cidade, havia dois tipos de prontuários: o prontuário familiar para os moradores cadastrados na Saúde da Família e o prontuário individual, para os trabalhadores da região que eram atendidos na unidade. Nessa unidade, os Agentes Comunitários indagavam sobre a família, especialmente nos casos de busca ativa para tuberculose. Nas situações de maus tratos ou dificuldades de comunicação verbal, caso dos imigrantes que residiam na região, era reforçado ainda mais o enfoque familiar.

Na unidade PSF localizada na região Norte, a gerência incentivava, por meio de supervisão, o registro no prontuário familiar, embora considerasse que essa abordagem já estivesse contemplada no processo de trabalho, especialmente dos Agentes nas microáreas e nas visitas domiciliares pelas equipes completas, o que ocorria duas vezes por semana. Na observação do pesquisador sobre uma das reuniões de equipe, ficava clara a abordagem familiar, contemplando aspectos sociais na discussão e no planejamento das visitas, processo que exigia tempo maior, o que dificultava para a equipe atingir as metas de produtividade exigidas pela direção. Na outra PSF, também ficou claro o enfoque familiar no tipo de prontuário, nas decisões e nas circulações das informações entre os membros da equipe. Cada prontuário tinha um número, o número da área, o número de microárea e o número da família. Quando a equipe e o Agente achavam necessária a visita domiciliar, essa era realizada por toda a equipe, ao mesmo tempo.

Já nas unidades de, o enfoque familiar não era enfatizado; no caso de uma dessas unidades só foi observado pelo pesquisador no atendimento de caso de tuberculose, em que o estagiário de enfermagem indagou sobre os familiares.

A outra unidade AP estudada havia se preparado, alguns anos antes, para ter equipes de Saúde da Família. Chegou a implantar prontuários familiares, mas, como não houve a mudança de modelo, os prontuários voltaram a ser individuais, desorganizados, com folhas soltas; não se observou nenhum estímulo para que os familiares dos usuários comparecessem ao serviço ou participassem de atividades na unidade. O máximo que alguns profissionais orientavam era que os familiares participassem do tratamento do usuário. Os grupos eram eventuais, quando a enfermagem dispunha de tempo, mas não contavam com a participação dos médicos. Reuniões sobre Promoção da Saúde e Prevenção eram pontuais e eventuais; em geral, ocorriam apenas por ocasião de campanhas, como o Dia Internacional Antitabaco. Nessa UBS, a gerência relatou que tentava organizar os prontuários desde que a assumiu:

> *"Olha, eu fui levantar essa questão assim que eu entrei na gerência. A gente procura algum dado e eles esquecem de anotar... precisamos anotar o que o paciente veio fazer... Não tenho isso, tenho uma folhinha que ficava dentro da caixa."*

Os profissionais que mais procuravam informações sobre a família eram os pediatras, para orientar

ou encaminhar a criança para outros profissionais. Ficava na dependência do interesse dos funcionários colher informação sobre as famílias. Portanto, o enfoque familiar não aparecia como uma ação sistemática; ocorria eventual e pontualmente, às vezes como resultado de demanda da Vigilância Sanitária ou Epidemiológica, nos casos de tuberculose.

Na terceira unidade AP pesquisada, pareceu que o enfoque familiar estava na dependência do usuário, quando informava dados sobre sua família. Mas, como os prontuários eram individuais, pouco era registrado. Nessa unidade, no atendimento às crianças havia menções ao perfil da família, especificamente no relatório do assistente social; aí também havia grupos com adolescentes, realizados por uma educadora, mas essas atividades não foram mencionadas pela gerência, quando expôs o trabalho da unidade.

O enfoque familiar nas unidades mistas AP / PSF não foi identificado durante a observação do trabalho das equipes de Ação Programática, mas apareceu no trabalho das equipes de Saúde da Família, especialmente dos Agentes Comunitários. Essas unidades contavam com psicólogos e assistentes sociais que, no atendimento, buscavam informações sobre a família dos usuários. Na unidade mista que contava com apenas uma equipe, foi observado pelo pesquisador que algumas famílias cadastradas e visitadas pelo Agente não tinham noção do que era o PSF e não sabiam que a família toda deveria ser objeto de atuação dessa equipe. Em uma das unidades mistas da região Norte, percebeu-se que havia intercâmbio entre os profissionais dos dois tipos de modelo: um clínico do programa de Saúde do Adulto, um dia por semana, fazia visita domiciliar às famílias que eram do PSF. A gerência dessa unidade procurava "integrar" os profissionais dos dois tipos de modelos e dos dois processos de trabalho, o que aparecia no fluxo dos usuários e nas ações de coordenação. No entanto, mesmo com esse esforço, o prontuário familiar não era usado nas reuniões de equipe, e os registros eram realizados em folhas diferentes para cada atendimento.

e) Fluxo e Coordenação

Nas unidades PSF, foi possível perceber como se dava o fluxo de atendimento, sistemática de marcação de consultas exposta anteriormente. Havia uma concentração da demanda como "procura do dia" no Acolhimento, ocasionando conflitos, esperas, dificuldades no atendimento e estresse de funcionários e usuários. No próprio Acolhimento, existia outra "barreira" para o primeiro atendimento, advindo da norma de que a recepção deveria consultar a enfermagem antes de decidir se o usuário poderia ser encaminhado internamente.

A gerência considerava que o fluxo na unidade estava distante do preconizado pelo PSF, porque acabava se voltando para o atendimento eventual e reforçando o Acolhimento:

> *"... as pessoas preferem vir para consulta eventual do que para um atendimento agendado... precisamos fazer um levantamento das faltas (mês, consultas agendadas previstas), pois achamos que é muito grande."*

Na observação da dinâmica de algumas unidades, percebeu-se que, como era longa a espera para as consultas (dois meses em geral), muitos usuários optavam pela procura do "atendimento do dia", pressionando o Acolhimento. Nessa direção, a fala da gerente:

> *"... então todo mundo chega na unidade, independentemente de cadastro, da região onde mora, independentemente de qualquer coisa, todo mundo é atendido. Então atende-se de 40 a 60 pessoas no mesmo dia."*

Quanto às funções de Coordenação, percebeu-se que a gerência tinha pouca autonomia e nenhum poder sobre os recursos físicos e financeiros, sobre o orçamento, sobre o "custo" das atividades de sua unidade, sobre os recursos humanos, sobre homogeneizar relações, condutas, procedimentos e rotinas. Como afirmou um gerente, era uma estratégia difícil:

> *"... é difícil gerenciar pessoas, a relação entre elas e destas com os usuários."*

Embora houvesse protocolos e orientações, na prática esses protocolos não eram contínuos, mesmo havendo reuniões mensais com os profissionais para atingir os objetivos:

> *"Ah, eu faço reunião na hora que eu achar importante. Eu paro tudo e falo para eles virem falar comigo."*

Na unidade PSF localizada na região Norte, os registros no prontuário eram considerados, pela gerência, como primordiais para o fluxo dentro da UBS, para encaminhamentos para outros níveis de atenção, para treinamentos, para acompanhamento das famílias, organização e controle do trabalho, visualizando, a todo momento, os dados do SIAB (Sistema de Snformação da Atenção Básica):

> *"Tenho em vista que muitos Agentes não têm o segundo grau de escolaridade, aparecem erros e falhas de preenchimento. Decidi que a enfermagem deve fazer também a supervisão de tudo o que for registrado."*

Nessa unidade, a gerência considerou que, para haver coordenação, era necessário realizar reuniões de vários tipos: mensais com todos os funcionários, mas sem "fechar o posto"; com enfermeiros e médicos, por equipes, palestras sobre assuntos de interesse de trabalho. Outro aspecto proposto foi a divisão dos dias para atendimentos específicos: adultos, crianças... Foi possível perceber que, além da intencionalidade da gerência, o fluxo interno nessa unidade era facilitado pelo espaço físico e pela organização interna da unidade.

Na terceira PSF, também foram enfatizados os registros dos atendimentos no prontuário e em cadernetas que ficavam com os usuários, e o programa Mãe Paulistana era seguido em todos os seus elementos. Procuravam articular as ações de Promoção de Saúde, Prevenção e de Assistência. Usuários eram convidados a participar dos grupos e as listas de inscrição nesses grupos ficavam no balcão da recepção. Havia orientação para a confecção de um calendário das reuniões de Planejamento Familiar e do grupo de Saúde Mental, conduzido pelo médico e acompanhado por Agente, com direito a orientações individuais por parte do médico. A gerência relacionou todas as atividades desenvolvidas, inclusive as atividades desenvolvidas pela Saúde Bucal nas escolas da área, bem como a relação da unidade com as creches. A Coordenação era realizada por meio de reuniões de equipe, reuniões com todos os funcionários, reuniões administrativas a cada dois meses, supervisão de prontuários e supervisão semanal da enfermagem para os Agentes.

Nas unidades do modelo de AP, o espaço físico, a organização interna e os recursos humanos foram considerados como fundamentais, pela gerência, para o resultado do trabalho. Em uma dessas unidades de, a gerência comentou que, embora a Atenção Básica fosse considerada como a "porta de entrada" do sistema, e as diversas propostas da SMS/SP para as unidades tivessem partido dessa ideia, não resolveram os problemas:

> *"Em cada gestão se tenta reinventar a roda. Na verdade, já se tem onde caminhar, é só investir, botar gerente, gerenciamento... às vezes se ganha para administrar coisas que são incompatíveis."*

Para essa gerência, coordenar é fiscalizar, cobrar pessoalmente os encaminhamentos por funções nessa unidade. "Tenho certa aversão de reunir por reunir, só para cumprir agenda", afirmou na entrevista. Como acompanhar as várias atividades da unidade? Vacinação, coleta de material para exame laboratorial, recepção, sala de regulação?

O principal problema para os gerentes: recursos humanos; mais do que o espaço físico da unidade e, dentre os problemas, os que mais trazem transtornos são os "desvios de função":

> *"... pessoas em funções que não são do seu cargo... tem nível operacional (funcionário) atendendo na recepção, com dificuldade de acessar o computador... na limpeza, o serviço foi terceirizado e tivemos que registrar o pessoal em outra atividade."*

Na outra unidade AP, o fluxo ocorria de acordo com as possibilidades de atendimento do dia, já que dependia do rodízio dos profissionais; a organização desse fluxo era diária ou semanal, quando possível, definida pela gerência. Pela observação do pesquisador, durante a semana do trabalho de campo, o acúmulo de atendimentos ocorreu na área de Saúde Mental, já que a unidade era referência da região para esse atendimento. Na recepção, a espera era mais demorada para esse atendimento, "há mais desabafos e reclamações" de usuários, o que levava a gerência a priorizar agentes da segurança nesse local. Na observação, pareceu ao pesquisador que não havia apenas um fluxo, e sim "fluxos"; as reuniões mais organizadas também ocorriam entre os profissionais de Saúde Mental. A gerência reclamava da inexistência de sala para reuniões, daí a dificuldade para realizá-las bem como para realizar as atividades educativas e as reuniões de grupos de usuários. Havia atividades de Prevenção, mas não ficava clara a articulação com a Promoção e o Atendimento; quando era necessário o trabalho fora da unidade, encontrava-se resistência dos funcionários a sair da UBS e a usar espaços da comunidade para as atividades.

Nas unidades mistas pesquisadas o fluxo era variado, mas em geral havia uma organização física do espaço interno da unidade, fluxos diferentes para cada modelo e grandes desafios para a Coordenação. No modelo das unidades mistas localizadas na região Centro-Oeste, havia espaço para realização de reuniões técnicas mensais; no caso da Saúde da Família foi preciso fazer uma redefinição da área de abrangência e capacitação das equipes para vencer os receios de trabalhar na favela; os resultados estavam sendo muito bons, conforme a gerência. Já no modelo de Ação Programática, havia limites no trabalho de Prevenção e com a comunidade, por falta de recursos humanos para atuar junto às gestantes que abandonavam o pré-natal e junto aos casos de tuberculose que abandonavam o tratamento. Mas a área física, a dificuldade de aplicação de protocolos e a falta de supervisão traziam problemas para a gerência, especialmente porque eram funcionários muito antigos: "é um pessoal difícil de motivar".

Na outra MISTA, a gerência apontou dificuldades para ordenar o fluxo e exercer as funções de Coordenação na convivência dos dois modelos no mesmo espaço físico que, na opinião dela, não era muito favorável para qualquer fluxo. Os espaços das equipes que atendiam em cada uma das unidades eram diferentes e buscavam integrá-las nas reuniões gerais, ou em algumas poucas atividades em comum. A reunião geral mensal levava à redução do atendimento, mas era considerada essencial pela gerência para o bom andamento das atividades. Os cartões de vacinação das gestantes e das crianças tinham as ações bem registradas, em ambas as unidades.

Nas MISTAS pesquisadas na região Norte, em uma delas, que era referência para as demais e contava apenas com uma equipe de SF, foi difícil caracterizar o fluxo de atendimento: considerava a gerência que a "população era de passagem", por isso não conseguia sistematizar o fluxo nem priorizar demandas. Era o médico que determinava a prioridade:

> *"... há casos em que o usuário chega para marcar especialista, mas não traz o encaminhamento e como é idoso, fica difícil voltar para casa... e não sabe para quê o médico o encaminhou."*

Na observação, não foi possível visualizar um atendimento de uma equipe do modelo de AP que articulasse ações de Prevenção, Promoção e Atendimento. Apesar disso, a gerência tentava garantir o funcionamento dos grupos de Planejamento Familiar, encaminhamento para especialistas dos usuários do PSF, aconselhamento da enfermagem, mas não conseguia fazer o mesmo para os idosos nem para os diabéticos e hipertensos. A Equipe do SF ficava isolada no "fundo" da unidade, mas a gerência procurava fazer com que os auxiliares de enfermagem da equipe rodiziassem na farmácia e na sala de vacina da unidade. Na observação, constatou-se ausência de supervisão visando à integração dos diferentes setores; a maior preocupação parecia ser a supervisão técnica de enfermagem.

Na outra MISTA localizada na região Norte, a gerência demonstrou que procurava sempre fazer com que os funcionários esclarecessem para os usuários as possibilidades e os limites do atendimento na uni-

dade. Tinha procurado melhorar o registro nos prontuários, organizar o atendimento distribuindo senhas para a coleta de exames agendados e dando prioridade às crianças. Em virtude da falta de funcionários, especialmente de auxiliares de enfermagem, muitas vezes as equipes acabavam sendo desestruturadas; a gerência usava a estratégia de "fazer escala" para garantir os atendimentos e apontar "coringas" para enfrentar a ausência dos funcionários; procurava controlar "as reservas técnicas" no agendamento das consultas, mas se queixava de que, no caso de clínica médica, era difícil, pois a procura era muito grande. A gerência informou que havia atividades de Planejamento Familiar, controle de DST/AIDS, e as Equipes de Saúde da Família organizavam grupos na comunidade. Os casos de Saúde Mental eram encaminhados ao CAPS, porque a equipe de Saúde Mental foi desestruturada. Procuravam definir protocolos para a sala de medicações, mas eram raras reuniões de equipe ou capacitação.

4.1.2 A Integralidade Vertical

a) Encaminhamentos

Comentando as dificuldades da referência para as PSF, a gerência lembrou o agendamento externo, já que a unidade não podia fazê-lo diretamente: era preciso rever a Regulação – Sistema de vagas da SMS/PMSP. Como muitos exames eram marcados nesse sistema para 30 ou 40 dias depois, o absenteísmo era grande, às vezes chegando a 50%. Outro ponto importante: os níveis mais complexos de atenção não devolviam informações para a UBS:

> *"A unidade sempre envia o documento de referência e contrarreferência. Mas o paciente volta sem nada por escrito, só verbal... um ortopedista mandou um papelzinho pela paciente, dizendo 'encaminhar para o cirurgião de joelho'. Como é que a unidade vai ter uma referência dessas?"*

Para a PSF localizada na região Norte, parte da necessidade de referência era coberta por outras UBS da mesma região, como no caso dos diabéticos. Nessas situações, as unidades criavam entre si um sistema que funcionava bem melhor, como apontou a gerência:

> *"Temos uma relação de usuários, com protocolozinho. É cadastrado aqui, mas retirado lá."*

As especialidades para as quais se encontravam mais dificuldade eram: ortopedia, hematologia e vascular. Segundo a gerência, não havia demanda reprimida para mamografia e para consulta de cardiologia; havia ambulatórios de especialidades em hospitais municipais da região bem como uma AMA local. Mas a UBS estava fornecendo a medicação para os usuários que eram atendidos na AMA.

> *"Aconteceu que, com as receitas do AMA, as pessoas vinham buscar medicação aqui, mas a fila deles aumentou e eles não queriam esperar; a gente começou a cortar, pois trabalhamos com consumo médio mensal de medicamentos",* diz a gerente.

A outra unidade apresentou dificuldades para o encaminhamento de usuários para atenção mais complexa, especialmente para exames de imagens. As unidades acabavam criando algumas estratégias e fluxos entre elas. Nessa unidade, havia dificuldades para marcação de ultrassom. Segundo a gerência, havia uma lista de 300 mulheres aguardando ultrassom desde 2005, dependendo, também, do Sistema de Regulação do Bolsão de Vagas; também a demanda para ortopedia era grande e não havia referência.

Nas unidades do modelo de AP, os problemas eram semelhantes: havia dificuldades para a marcação de consultas em especialidades e também para avisar ao usuário quando conseguiam marcar. Dez por cento deles não eram localizados, e a unidade era obrigada a substituir esse usuário agendado previamente por outro. As maiores dificuldades encontradas eram para as especialidades de ortopedia, endocrinologia, neurologia e cardiologia.

A outra unidade encaminhava os clientes para exames complementares para um laboratório da regi-

ão, e o funcionamento parecia ser bom, fornecendo os resultados pela Internet. Mas, no caso de encaminhamentos para especialidades, encontravam as mesmas dificuldades que as demais. Quando era para serviços da própria SMS ou para os Centros de Referência (Idoso, DST), o processo era mais rápido: as unidades tinham cotas de vagas para usar, embora muitas vezes fossem insuficientes e a marcação por telefone apresentasse problemas.

Observou o pesquisador que, na unidade AP que tinha ao lado um AMA, havia médicos que atendiam nos dois serviços. A pressão da demanda era grande, e o encaminhamento para especialidades ou exames complementares dependia das ofertas de vagas na regulação: não havia priorização ou avaliação de risco do usuário; usava-se o critério de "seguir a fila". A orientação para exames complementares era realizada por um profissional de RH que também controlava a Central de Vagas. O profissional de RH acessava constantemente a Central de Vagas para verificar se alguma delas não tinha sido usada e se ele podia "encaixar" um usuário. Os exames conseguidos mais rapidamente eram os solicitados pelo Programa de Planejamento Familiar, e a unidade costumava fazer mutirões para a coleta de Papanicolau. Dentre as especialidades, a que demorava mais era a ortopedia.

Quanto às MISTAS, a localizada na região Centro-Oeste apontou que tinha facilidade para atendimento no *Call Center* da Prefeitura e que os serviços eram mais próximos, enquanto os encaminhamentos no sistema do nível estadual (SIGA) eram para serviços localizados em bairros e distritos mais distantes; as dificuldades com a volta de informação e orientação das especialidades para as UBS eram as mesmas, bem como o absenteísmo dos usuários em consultas e exames marcados para muito tempo depois.

A outra MISTA pesquisada na região Centro-Oeste apresentava as mesmas dificuldades que as demais, embora encontrasse mais facilidade no encaminhamento para as especialidades na Santa Casa de São Paulo, porque era um dos seus serviços. O absenteísmo dos usuários nas consultas e exames marcados com muita antecedência chegava a 40%, segundo a gerência. O fato de o usuário ser avisado da marcação, por telefone, por um funcionário da unidade representava um acúmulo de trabalho e pouca garantia de sua presença no dia marcado. No caso do Saúde da Família, quem avisava o usuário sobre a marcação de consultas nas especialidades era o Agente Comunitário de Saúde.

Na terceira MISTA pesquisada, a gerência também apontava as mesmas dificuldades para a referência de pacientes para outros níveis de atenção:

> *"Gasta-se grande energia, reencaminhando os usuários para outros serviços, como o CRI* (Centro de Referência do Idoso)*, pois a população idosa parece ser mais presente... é preciso discutir com os usuários os encaminhamentos possíveis, lugares de atendimento... se procura sempre nas imediações do endereço dele. É um trabalho de formiguinha".*

A coleta de material nas UBS para exames complementares era realizada sempre no mesmo dia da semana, enquanto os exames externos podiam demorar até seis meses. É importante considerar que a dependência externa de vagas dificultava a dinâmica do encaminhamento: o usuário podia ser enviado para qualquer região da cidade.

Na outra MISTA da região Norte, o sistema de referência para especialidades era o mesmo, mas aí funcionava o contato pessoal entre gerentes, em geral funcionários antigos, para facilitar o processo. Como afirmou uma gerente entrevistada:

> *"Esse tipo de integração é comum e sempre necessário. Eu conheço os diretores das AMAS... quando tem pedido do Raio X, se você pede a eles, fazem mais rápido."*

Para essa gerência, as normas para o encaminhamento aos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) não eram claras. Quanto à contrarreferência, as informações dos serviços de média complexidade para a UBS passavam pelas mesmas dificuldades já relatadas. Observaram os pesquisadores que, no modelo Saúde da Família, nas discussões das equipes, era possível perceber que havia acompanhamento do processo pelos profissionais.

b) Relações com a Supervisão Técnica e Coordenação Regional de Saúde da SMS/PMSP

Nas Unidades Saúde da Família localizadas no centro da cidade havia queixas a respeito da morosidade na substituição de funcionários, bem como da falta de autonomia para tomada de decisões. Na área financeira, o único recurso a que a gerência podia recorrer era a verba de adiantamento para serviços de manutenção ou conserto de equipamentos:

> *"Eu acho que é assim, tem algumas posições que são definidas... a gente questiona, a gente questiona e a gente questiona: E fica questionando porque a decisão já vem lá de cima."*

Já nas outras PSF da região Norte, não havia queixas quanto ao relacionamento com os níveis superiores da SMS: havia visitas à unidade, reuniões gerais com todos os equipamentos de saúde da região e outras reservadas só para as PSF. A gerência avaliava que a Supervisão Técnica local, mesmo assim, ainda era muito distante, estando presente apenas quando "há problemas" na unidade:

> *"... às vezes quando a gente tem poucos problemas dentro da unidade, isso distancia um pouco...* (já) *quando se tem uma reclamação, dificuldades... eu acho que a gente procura mais a Supervisão... é muito importante quando estão mais aqui* (Supervisão e Coordenação Regional) *visitando a unidade".*

A avaliação de gerência de uma das unidades de era positiva no que dizia respeito às relações com os níveis superiores da administração municipal, e essas reuniões eram semanais:

> *"Nós temos uma supervisão hoje bem atuante... Eles dão uma resposta, mesmo quando é para dizer que 'não dá'. Temos avaliação diária da unidade, eles conhecem os problemas existentes nas UBSs... há um relatório de toda a unidade, eles vêm aqui mensalmente."*

Na terceira unidade AP pesquisada, também localizada na região Norte, as relações com os níveis superiores da SMS eram bem estreitas e constantes. Foi possível o pesquisador presenciar três visitas desses níveis à unidade; nessa UBS, como nas outras duas da região Norte, os arranjos intergerências para encaminhamento de pacientes pareciam quase "institucionalizados". A gerência dessa unidade considerava que a implantação de uma AMA nas proximidades não representou aumento de demanda; esse aumento já vinha ocorrendo antes da implantação dela.

Na MISTA da região Centro-Oeste houve queixas da gerência quanto à reposição de RH:

> *"Pedimos duas auxiliares administrativas e veio uma, parece que por ser a Região Central, ela sempre fica por último... então a periferia acaba sendo priorizada e a gente fica sem."*

As reuniões com os níveis superiores eram semanais, mas havia muitas atividades que deviam ser concretizadas a partir dessas reuniões, o que, sem discussões com as unidades, levava à desmotivação. Ao mesmo tempo, a própria gerência apontava como positivo o fato de a Supervisão Técnica local ter elencado uma série de pontos, que eram avaliados mensalmente por meio de uma visita da Supervisora à unidade.

As MISTAS localizadas na região Norte participavam, também, de reuniões semanais com os níveis superiores da SMS, mas o gerente de uma delas tinha a impressão de que:

> *"Ficamos apagando incêndio, não discutimos o SUS...* (as reuniões com a supervisão) *não devem ser para apagar incêndio, tem que ser um lugar para planejar ações de saúde e para melhorar a qualidade de vida."*

A sensação dessa gerência era de que, com a organização das Coordenadorias, dos Distritos e das Supervisões, a estrutura da SMS/SP ficou mais hierarquizada e centralizada.

Na quarta MISTA pesquisada, a gerência sentia-se "respeitada" pela Supervisão Técnica local, mas considerava que nesses níveis circulavam bem as informações por meio de reuniões, *e-mails* e memorandos, mas os níveis de decisão estavam mais acima:

> *"Nem a Supervisão, nem a Coordenação contratam. Quem contrata é a Secretaria* (municipal)*."*

c) Relação com a Parceira

Apenas as PSF e as MISTAS tinham serviços e equipes implantadas a partir das parcerias estabelecidas entre a SMS de São Paulo e instituições de ensino ou prestação de serviços de saúde na cidade.

As unidades PSF pesquisadas apresentavam parceiras diferentes: para uma delas, localizada na região Centro-Oeste, a parceira era a Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; para as outras duas, localizadas na região Norte da cidade, a parceira era a Associação Saúde da Família. Segundo a gerência da PSF da região Centro-Oeste, a relação com a parceira apresentava dificuldades, especialmente pela morosidade na contratação ou na substituição de membros das equipes.

Quanto às PSF da região Norte, em uma delas a gerência informou que o interlocutor da parceira participava de reuniões periódicas em que eram tratados assuntos relativos ao PSF. Já na outra PSF da região Norte, a gerência gostaria de ter maior proximidade nessa relação, principalmente no recrutamento de pessoal para compor as equipes: havia uma divisão de tarefas nesse processo, mas a UBS e a própria Supervisão Técnica da SMS/SP não participavam da seleção, que era inteiramente definida pela parceira:

> *"... a unidade faz a divulgação na microárea para o recrutamento do ACS... a parceira manda as provas prontas para serem aplicadas no local... corrige as provas, faz uma dinâmica e seleciona o candidato. O RH da Supervisão não elabora um perfil, inclusive nunca participou desse processo."*

A gerência considerava que a instituição parceira não estava totalmente integrada na prestação do serviço: limitava-se à contratação de pessoal. Mais recentemente tinham buscado maior aproximação, procurando realizar uma avaliação conjunta do desempenho do Agente Comunitário. Mas, em relação à seleção e à contratação de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem para compor a equipe, a seleção ficava inteiramente nas mãos da instituição parceira.

Em uma das MISTAS da região Centro-Oeste em que a instituição parceira era a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), a gerência tinha uma avaliação positiva: ela era muito receptiva e o pessoal que era contratado para as equipes do PSF "são muito animados", o que era mais difícil com os funcionários da SMS que atuavam no Modelo de AP:

> *"São funcionários antigos... tudo que se propõe eles dizem que estão cansados, são muito antigos, parecem que só estão esperando a aposentadoria."*

Nas outras MISTAS não houve manifestação das gerências sobre a relação com a parceira: quando muito, limitaram-se a repetir o que estava previsto entre as partes nos documentos.

d) Orientação Comunitária

Nessa categoria, foram englobadas as atividades realizadas pelas UBS na comunidade ou em associação com entidades locais, bem como o controle social sobre o trabalho das unidades, o funcionamento do Conselho Gestor e a participação dos usuários nessa instância.

Foi possível identificar, na unidade PSF localizada na região Centro-Oeste da cidade, contatos com igrejas locais, movimentos de saúde e desenvolvimento de atividades físicas com grupos de idosos. No entanto, a gerência da unidade queixava-se de ter encontrado muita dificuldade para compor ou recompor o Conselho Gestor da Unidade, que já havia funcionado bem em anos anteriores, mas que, no momento, apesar dos esforços dela própria em incentivar as pessoas e os representantes de grupos locais, o

resultado vinha sendo negativo. Nas últimas três reuniões marcadas para o Conselho Gestor não havia comparecido ninguém; antigos participantes mudaram de região.

Para o pesquisador, deveriam ser considerados os segmentos sociais que se serviam dessa unidade: idosos que participam de caminhadas, mas que pareciam não ter outro tipo de vínculo com a unidade; trabalhadores do mercado informal local que residiam em outras regiões da cidade; e imigrantes ilegais que trabalhavam nas confecções locais. Era possível que esses segmentos tivessem dificuldades para participar do Conselho Gestor, e até para valorizar o Controle Social.

Na outra unidade PSF localizada na região Norte, identificaram-se trabalhos de Promoção em Saúde e Prevenção dirigidos a idosos, mulheres e escolares. Nessa UBS, a presença de um assistente social parecia reforçar o eixo das atividades extramuros, juntamente com o trabalho desenvolvido pelos Agentes. Articulavam, também, uma ação intersetorial: saúde, educação e assistência social, como Isenção Tarifária para pessoas com deficiências, em tratamento contínuo, gestação e no Programa Mãe Paulistana; na busca por benefícios previdenciários ou assistenciais, como o Beneficio de Prestação Continuada para idosos e para pessoas com deficiências. Em 2007, houve um treinamento dos Agentes pela Secretaria do Verde e Meio Ambiente para trabalhar com o ambiente. Quanto ao Conselho Gestor da unidade, os membros eleitos não compareciam às reuniões.

Na outra Unidade de Saúde da Família, foi mais evidente a participação da população: o Conselho Gestor era ativo, os conselheiros tinham sido capacitados, também havia incentivo de um profissional do Serviço Social, além dos Agentes. Disse a gerência:

> *"Eu acho o conselho gestor superimportante...* (com o curso de capacitação de conselheiros) *os conselheiros vão compreendendo melhor o papel deles."*

A abordagem intersetorial foi observada pelo pesquisador, já que vinha ocorrendo nessa unidade a capacitação dos Agentes pela Secretaria do Verde e Meio Ambiente (Projeto PAVIS), o que, segundo a gerente, proporcionou trocas entre os Agentes de toda a região Norte. Perceberam-se, em uma das três unidades de localizadas na região Norte, relações com escolas, creches e atividades dirigidas a idosos, na comunidade, bem como um Conselho Gestor ativo: participava de discussões na UBS e do orçamento na Subprefeitura.

Na outra unidade, o Programa de Saúde Bucal desenvolvia atividades nas escolas da região. Mas, segundo a própria gerência, a comunidade local não contava com: "uma rede institucional social, como igrejas, clubes de serviços etc.; os programas são desenvolvidos no interior do serviço apenas". Com relação às atividades de promoção da saúde como caminhadas, "aqui não consegui nada".

Na terceira unidade AP, não houve relato de atividades comunitárias nem atividades intersetoriais. A percepção da gerência sobre a participação da população e do Controle Social era mais centrada no desenvolvimento dos serviços de atendimento ao consumidor – SAC e nas queixas na Ouvidoria. As maiores reclamações:

> *"É a falta de clínicos seguida da fila de espera no encaminhamento e, às vezes, falta de medicamento...* (existe uma pasta em que se separam essas queixas)... *repasso as queixas e dentro das urgências são obrigadas a fazer a lista das mais urgentes".*

A mesma gerência informou que o Conselho Gestor era atuante; cabia aos membros desse Conselho acessar as reclamações do SAC e da Ouvidoria. Na opinião da gerência, com as sucessivas eleições, foi havendo um entendimento melhor do papel do Conselheiro, e as capacitações, os treinamentos e as orientações para o desempenho do papel do Conselheiro eram fundamentais e deviam atender às possibilidades de dias e horários dos usuários:

> *"... no Conselho Gestor também tem elementos da comunidade que participam do Conselho Gestor de Supervisão Técnica: são pessoas enjoadas."*

Nas MISTAS, a orientação para a comunidade parece ter aumentado com a implantação das Equipes de Saúde da Família. Havia mobilização para a construção de uma nova unidade, trabalho nas escolas, creches e abrigos e relação com o Fórum das Entidades da Região do Cambuci e Liberdade (FERCAL). Nesse processo, o Conselho Gestor da unidade mobilizou-se junto à Câmara Municipal e Secretaria de Educação para obter parte do terreno que lhe pertencia e que ficava ao lado do terreno da unidade. Segundo a gestora:

> *"Há várias associações na área, mas o FERCAL representa melhor a comunidade por agregar a grande maioria das comunidades da região."*

Do ponto de vista da intersetoriedade, havia um trabalho com a Secretaria Municipal de Esportes, em um Balneário em que eram desenvolvidas atividades com adolescentes, diabéticos, hipertensos e obesos.

No caso da outra MISTA pesquisada, as relações intersetoriais ocorriam, mas não de forma sistemática: os trabalhos eram mais pontuais com escolas, creches, albergues e entidades que trabalhavam com idosos. A existência do Conselho Gestor foi de apenas dois anos; houve eleições para seus membros, mas acabou se esvaziando.

Na outra MISTA na região Norte, as atividades comunitárias ocorriam apenas a partir das ações da única Equipe de PSF, dirigidas a um conjunto habitacional. Segundo a gerência:

> *"Após a construção do Cingapura* (conjunto habitacional)*, sobrou um alojamento e neste galpão foram instaladas quatro salas que são para o Núcleo Comunitário. A Secretaria de Habitação está fazendo a doação* (desse terreno) *para a associação de moradores e ela tem uma parceria com uma ONG para efetivar ali como Centro Comunitário, projeto que prevê padaria, sala de vídeo comunitário para o PSF."*

O Conselho Gestor de unidade já estava com o mandato de seus membros vencido e já tinha data marcada para a recomposição. Segundo a gerente, havia alguns problemas nessa área, porque: "o pessoal confunde muito a participação com privilégios".

As atividades dessa unidade em relação à comunidade também eram pontuais e episódicas: quando necessário, as enfermeiras iam às creches, quando havia evidências, faziam campanhas na comunidade e com as entidades.

Na outra MISTA na região Norte, havia a preocupação da gerência em cumprir as metas preconizadas para os dois modelos que a própria unidade se impôs ao atender no PSF. Havia relações dessa unidade com uma ONG que lidava com a Nutre Mistura, com a Casa da Mulher da Brasilândia, mas apenas para encaminhamento de casos de violência intrafamiliar, e com igrejas, para o uso e implantação de padarias. As atividades mais permanentes eram as do Programa de Saúde Bucal nas escolas e creches locais, com possibilidades de encaminhamento de casos mais especializados para a Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas e com o serviço Escola de Odontologia da USP. O Conselho Gestor foi ativo quando da necessidade de se conseguirem médicos para a unidade.

e) Capacitação

Para as Equipes de Saúde da Família foram previstos, na proposta original da SMS/SP, vários níveis de capacitação. Na PSF localizada na região Centro-Oeste, a gerência queixava-se de que essa capacitação não vinha sendo suficiente:

> *"Desde que estou aqui* (agosto de 2005)*, as auxiliares de enfermagem não passaram por nenhum tipo de treinamento... os ACS receberam mais recentemente capacitação sobre o meio ambiente* (pela Secretaria do Verde e meio Ambiente)*."*

Observou-se, nessa unidade, que a capacitação para atuar nas Equipes de Saúde da Família se limitou ao Módulo Introdutório ao programa, não tendo continuado o segundo módulo, que deveria aprofundar conhecimentos para a Atenção à Criança, à Mulher e aos Adultos. A enfermagem encarregava-se do

treinamento dos auxiliares de enfermagem e dos Agentes por meio de da Supervisão. Nessa unidade, muitos usuários eram imigrantes latino-americanos, orientais e africanos, e não havia nenhuma capacitação específica para as equipes. Afirmou a gerência:

> *"A gente fala, conversa, mostra, não há treinamento, o que eu busco fazer é mostrar um treinamento informal... a gente vai conversando no dia a dia."*

Em outra MISTA localizada na região Norte, apareceram queixas da gerência sobre a existência de funcionários mais antigos, remanescentes de unidades anteriores e que eram resistentes às novas tecnologias (registros, informática). Já da parte dos profissionais de nível técnico e universitário, ela percebia pouca disposição para as capacitações. Procurava treiná-los em serviço, fazer com que as equipes se articulassem; trazia palestrantes e profissionais de fora da unidade para motivar seus funcionários, e não perdia a esperança:

> *"... porque eu acho o PSF uma coisa boa; daqui a algum tempo vai ter um reflexo grande; já estão se acostumando a fazer Prevenção, isso vai se refletir nas doenças cardiovasculares, nas médias de morbimortalidade, no autocuidado; eu acho que isso vai refletir muito no futuro."*

Na outra PSF da região Norte, a equipe também passou apenas pelo Módulo Introdutório; os Agentes Comunitários foram capacitados no Projeto PAVIS da Secretaria do Verde e Meio Ambiente, e o projeto de Habilitação Técnica ficou suspenso. Lembrou a gerência que os auxiliares de enfermagem não tinham nenhum treinamento. Mas seu problema maior era com a Equipe de Saúde Bucal, que não participava do PSF, mas que permaneceu na unidade após a transformação da organização do Modelo de AP em PSF:

> *"Temos seis dentistas porque temos um módulo com seis cadeiras. Mas não temos Agente de Consultório Dentário – ACD e nem Técnico de Higiene Dental – THD. Colocamos nessas funções duas auxiliares de enfermagem e uma atendente, mas elas não têm o preparo técnico exigido para função."*

Nas unidades de, a capacitação era ainda menos frequente. Em uma delas, a gerência reclamou que os funcionários não foram capacitados para o Acolhimento e para o uso da Informática na recepção e, por isso, havia vários problemas. Tinha que se contentar com os funcionários que recebia da SMS/SP; quanto à limpeza, o serviço foi terceirizado.

Na outra unidade AP, a gerência reafirmava a validade dos protocolos para a capacitação dos funcionários e que duas experiências de capacitação foram positivas.

Quanto às MISTAS, em uma delas, a gerência queixou-se de que não havia capacitação para Atenção Básica no modelo de AP; apenas treinamento por áreas de especialidades, o que, na maior parte das vezes, não era para atuação na unidade. Havia muitos treinamentos, ultimamente, mas desorganizados, sem planejamento, o que levava o profissional a ficar afastado muito tempo do trabalho, ocasionando transtornos no atendimento. Para ela:

> *"Falta investimento da Prefeitura nos recursos humanos, no sentido de motivação, ter acolhimento para os funcionários... o funcionário precisa estar bem para atender bem."*

Na outra MISTA, a gerência referiu que havia capacitações externas e internas realizadas pela própria UBS. As Equipes do PSF tinham muita capacitação e treinamento, especialmente os Agentes; depois vinham os enfermeiros e, em seguida, os médicos. Já no caso das Equipes do modelo de AP, o treinamento era diluído e realizado mais internamente para promover um "olhar mais diferenciado" para as necessidades locais da população que vivia na rua e dos imigrantes. A unidade utilizava metodologias participativas e treinamentos. As reuniões mensais tinham sempre uma parte destinada a algum tipo de capacitação para os membros das equipes dos dois tipos de modelos. Mesmo assim, referiu falta de treinamento das Equipes de PSF para a realização de curativos e vacinação.

Em outra MISTA da região Norte, a gerência reclamou que havia profissionais resistentes aos treinamentos, e que a própria gerência não era informada do conteúdo das capacitações nem recebia *feedback* dos funcionários sobre o que aprenderam. Citou como produtiva a capacitação dos Agentes sobre ambiente com a Secretaria do Verde e Meio Ambiente. A mesma queixa de que as capacitações não respeitavam as necessidades do atendimento nas unidades apareceu na fala da gerência da outra unidade pesquisada na região Norte:

> *"O pessoal estava saindo muito e desorganizando a unidade.* (Mas elogiou a do GERUS:) *assim a vista da gente, a visão da área de trabalho fica ampliada... não só a da administração."*

4.2 Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e a Integralidade

Foram encontradas diferenças nas respostas dos 105 profissionais entrevistados, entre enfermeiros, médicos e outros profissionais. Os profissionais, entre os quais os médicos e enfermeiros, foram mais entrevistados nas MISTAS, pois nessas foi necessário fazer representar as equipes de AP e as de PSF.

A maioria dos profissionais trabalhava nas UBS havia cinco a seis anos (36,2%). Para todos os modelos de atendimento, o tempo de trabalho mais comum era o mesmo, exceto para as unidades de, onde a maioria (46,2%) dos profissionais atuava havia mais de seis anos ($p < 0,05$).

Foi significativamente diferente o número de profissionais que atuava nas unidades em que a condição socioeconômica dos moradores dos distritos-sede, medido pelo Índice de Exclusão (IEX) e indexados de acordo com os distritos envolvidos no estudo, sendo maior para as unidades mistas (76,6%), seguidas das unidades tipo PSF (65,5%) e, por último, as unidades de (34,6%).

As médias de tempo de trabalho na unidade, segundo o IEX, não foram significativamente diferentes quando consideradas as categorias profissionais, exceto para os Agentes Comunitários de Saúde, que tinham maior tempo de casa nos distritos-sede de unidades com maior IEX (4,8 anos) do que nos distritos com menor IEX (1,5 anos).

Os médicos e os outros profissionais universitários eram os membros mais antigos das unidades de saúde, com média de "anos de casa" de, respectivamente, 8,0 e 11,3. Em seguida, estavam os auxiliares de enfermagem, com média de 7,6 anos de casa. Todas as outras categorias profissionais tinham média inferior a cinco anos de casa. As maiores médias de anos de casa foram encontradas em quatro unidades: duas unidades de (14,2 e 7,1) e duas MISTAS (7,3 e 7,2).

Na maioria das unidades de saúde, a média de anos de casa foi maior para os profissionais universitários; para algumas unidades, também contribuíam os auxiliares de enfermagem e os auxiliares administrativos[9], conforme pode ser observado na Tabela 13.

4.2.1 A Integralidade Horizontal

a) Acessibilidade

A acessibilidade foi verificada por meio dos seguintes aspectos: suprimento de medicamentos e equipamentos, pagamento por consulta, obtenção de consulta em menos de 24 horas, atendimento no fim de semana, horário de funcionamento, funcionamento após as 18h00, telefone para informações na UBS, telefone para dúvida após fechamento da unidade e espera de mais de 30 minutos para atendimento.

O suprimento de medicamentos irregular, de acordo com as respostas dos profissionais, foi mais frequente nas unidades de (50,0%), mas sem diferença significativa em relação aos outros modelos de atendimento. As melhores avaliações no suprimento de medicamentos foram obtidas dos profissionais das PSF, que consideraram as unidades quase sempre bem supridas em 65,6% das entrevistas, seguidos dos profissionais das MISTAS (63,9%) e os das unidades de (46,2%), mas a diferença nessas frequências não foi significativa.

[9] Todos os administrativos foram classificados como Auxiliar de Administração.

A pouca regularidade no funcionamento do equipamento básico para cumprir com suas funções essenciais foi observada para as unidades de por 34,6% dos entrevistados, para as MISTAS por 25,5%, e para as PSF por 15,6%. As diferenças apareceram principalmente entre as unidades de e as PSF, mas não foram significativas.

As situações de maior regularidade foram mais frequentemente observadas pelas unidades tipo PSF seguidas das mistas (respectivamente, 65,7% e 51,1%). Já nas unidades de AP, essa frequência foi de 38,5%. Novamente se observaram diferenças entre os tipos de unidades, mas apenas a diferença entre as PSF e as unidades de AP se mostrou significativa ($p < 0,05$).

A consulta "não urgente"[10] era conseguida em 24 horas apenas algumas vezes para 34,6% dos profissionais que atuavam nas unidades de AP, e para 27,7% dos entrevistados das MISTAS. As maiores frequências se concentraram nas avaliações mais negativas. A porcentagem positiva mais alta para a condição "quase sempre" foi de 18,8% nas PSF. Para a avaliação máxima – "sempre" –, a porcentagem mais alta também foi para as PSF (21,9%), seguida das mistas (14,9%) e das unidades de AP (apenas 7,7%), mas todas elas todas muito baixas e sem diferenças significativas.

Para a condição de "funcionamento da unidade, pelo menos uma vez por semana, além das 18h00", ocorreu variação de 96,9% para as PSF, 74,5% para as mistas e 50,0% para as unidades de AP, diferenças essas que se mostraram significativas ($p < 0,01$).

Ao comparar as referências sobre nunca abrir após as 18h00, verificou-se diferença significativa ($p < 0,01$) entre as unidades de AP (46,2% das respostas) e as unidades mistas (19,1%). Para os profissionais das PSF não houve referência à não abertura.

Todos os profissionais referiram a existência de um telefone para pedir informações[11], com frequências altas estatisticamente semelhantes para os três modelos de atendimento, ou seja, 91,5%, 90,5% e 88,5%, respectivamente para MISTAS, PSF e AP. Com exceção dos profissionais das unidades de AP que, em 11,5% das respostas, referiram sempre existir um telefone para marcar consultas e tirar dúvidas quando a unidade estava fechada, a imensa maioria referiu a inexistência desse recurso.

A necessidade de espera por mais de 30 minutos para ser atendido na unidade apresentou grande dispersão de respostas. Nas MISTAS, para todos os intervalos de frequência houve pelo menos 20% de respostas, variando de "algumas vezes" até "sempre". Pôde-se entender, portanto, que não havia um padrão de resposta nesse tipo de unidade, devendo provavelmente estar mais relacionada com a dinâmica de cada unidade. Também para as unidades com PSF, verificou-se grande variação, mas a frequência das respostas foi menor, com referências de menos de 10%, aproximadamente, para cada situação de resposta, "de muitas vezes" até "sempre". O padrão das respostas para as unidades de AP foi semelhante ao das unidades mistas: 53,8% e 68,1%, respectivamente, mas bem diferente do das PSF, com 28,2% de respostas que indicaram sempre ocorrer espera. A diferença entre essas frequências se mostrou significativa ($p < 0,01$).

Esses resultados estão sintetizados na Tabela 14.

b) Porta de Entrada

Para a verificação do reconhecimento da unidade básica funcionando como porta de entrada ao sistema, ou seja, até que ponto os usuários passavam pela UBS para realizar consultas ou procedimentos em outros níveis, em uma clínica hospitalar ou consulta especializada, os resultados encontrados estão resumidos na Tabela 15. Em praticamente todas as respostas se obteve a referência desse tipo de dinâmica. A frequência de respostas foi praticamente igual para todos os modelos de atendimento, com pequeno predomínio das unidades tipo PSF (87,5%), seguidas das MISTAS (78,7%) e das unidades de AP (76,9%).

[10] Respostas baseadas na população que procurava o posto diariamente, e não uma média de toda a população coberta. No caso de Unidades Mistas, cada profissional pensou na população do serviço do qual fazia parte.

[11] Todas as respostas dadas pelos entrevistados foram relacionadas apenas com a opção informações, e não com a opção marcar consultas, uma vez que esse serviço não existia em nenhuma das unidades.

Tabela 13. Médias de tempo de trabalho (em anos) nas unidades de saúde distribuídas de acordo com as categorias profissionais. Cidade de São Paulo, 2007.

Unidades	Agentes Comunitários de Saúde	Auxiliares Administrativos	Auxiliares de Enfermagem	Enfermeiros	Médicos	Outros Profissionais
B. Funda	6	0,5	9,5	9,5	11	4
B. Retiro	5,5	2,5	5	3,5	4	0
Cambuci	4,5	1	5,5	4	8	8
Carombé	1,5	5	7	3	3	14
Chora Menino	-	4,5	5	5,5	14	6
Cruz das Almas	2,5	6	10	2,5	3,5	21
V. Ede		2	7	1,5	12	10
Jd. Guarani	1,5	1	3	6	5	1
JAE	5,5	4	5	7,5	8,6	17
Jd. Peri	-	17	19,5	3	9,5	21

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 14. Distribuição das frequências de respostas positivas e negativas em relação ao acesso aos serviços, de acordo com os modelos de unidades. Cidade de São Paulo, 2007.

Acessibilidade	nunca / sempre	MISTAS n	MISTAS %	PSF n	PSF %	AP n	AP %	TOTAL n	TOTAL %	Diferenças estatísticas (MISTAS x PSF x AP)	Diferenças estatísticas (PSF x AP)
suprimento de medicamentos	n	6	13,3	5	16,1	6	24,0	17	16,8	-	-
	s	39	86,7	26	83,9	19	76,0	84	83,2		
funcionamento ideal dos equipamentos	n	14	30,4	6	18,8	10	40,0	30	29,1	significativa	significativa
	s	32	69,6	26	81,3	15	60,0	73	70,9		
paga para atender	n	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0	-	-
	s	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
consegue marcar consulta em 24 horas	n	31	67,4	18	56,3	19	76,0	68	66,0	-	-
	s	15	32,6	14	43,8	6	24,0	35	34,0		
abre depois das 18h00	n	10	21,3	0	0,0	12	46,2	22	21,0	significativa	significativa
	s	37	78,7	32	100,0	14	53,8	83	79,0		
telefone para marcar consultas ou informações	n	2	4,3	2	6,3	2	8,0	6	5,8	-	-
	s	44	95,7	30	93,8	23	92,0	97	94,2		
telefone para contatos com a unidade fechada	n	46	100,0	32	100,0	22	95,7	100	99,0	-	-
	s	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,0		
espera mais de 30 minutos para ser atendido	n	15	31,9	23	71,9	12	46,2	50	47,6	significativa	significativa
	s	32	68,1	9	28,1	14	53,8	55	52,4		

Legenda: n: nunca; s: sempre; significativa: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções com aplicação da Prova do Qui-quadrado.

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 15. Distribuição das frequências de respostas positivas e negativas em relação à porta de entrada aos outros níveis, de acordo com os modelos de UBS. Cidade de São Paulo, 2007.

Porta de entrada	nunca / sempre	MISTAS n	MISTAS %	PSF n	PSF %	AP n	AP %	TOTAL n	TOTAL %	Diferenças estatísticas (MISTAS x PSF x AP)	Diferenças estatísticas (PSF x AP)
a unidade funciona como porta entrada	n	4	8,5	1	3,1	2	7,7	7	6,7	-	-
	s	43	91,5	31	96,9	24	92,3	98	93,3		

Legenda: n: nunca; s: sempre.

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

c) Vínculo

As questões abordadas para apreciação do vínculo na percepção dos profissionais das UBS incluíram: existência de população adscrita, possibilidade de atendimento pelo mesmo profissional, tirar dúvidas após a consulta com o mesmo profissional, tempo de consulta suficiente para dúvidas, utilização do prontuário nas consultas, conhecimento de todos os medicamentos utilizados e possibilidade de comprá-los.

A existência de população adscrita[12] foi maioria nas respostas dos profissionais nos três modelos (87,5%, 84,6% e 63,8% para PSF, AP e MISTAS, respectivamente), mas em frequências que não mostraram diferença significativa. Outra vez, as respostas para as MISTAS não se revelaram como uma gradação intermediária entre as unidades tipo PSF e as unidades de AP. Esse fato chamou a atenção, pois se sabe que as unidades tipo PSF têm adscrição de clientela por definição de programação; entretanto, as unidades de AP não a possuem e fazem uso dessa lógica muito pouco frequentemente. Portanto, era de se esperar uma gradação coerente com essa lógica. Uma possível explicação para essa ocorrência pode ter sido uma dificuldade no entendimento do conceito de população adscrita, confundindo-o com o de população de área programática (como, por exemplo, para as ações de Vigilância Epidemiológica) ou área de influência (área onde se encontra a demanda potencial da unidade).

Para a grande maioria dos profissionais, nos retornos às unidades, os clientes eram atendidos pelo mesmo profissional. As respostas se concentraram nas categorias mais altas, ou seja, "quase sempre" e "sempre", para os três modelos. As unidades tipo PSF apresentaram a maior frequência de respostas para "sempre" (62,5%), comparadas com 53,8% para as unidades de AP e 46,8% para as MISTAS; essas diferenças não foram significativas. Interessante observar que nesse item não se verificou gradação consistente das maiores frequências para as PSF, depois mistas e unidades de AP.

Se, nos retornos, os clientes tinham grandes chances de serem atendidos com os mesmos profissionais que o atenderam da primeira vez, seria muito difícil que fossem atendidos pelo mesmo profissional, conforme revelaram as respostas dos profissionais para os três modelos de atendimento, apenas com ligeira diferença, para menos, nas unidades do tipo PSF. A somatória das respostas que indicaram a impossibilidade desse atendimento para dúvidas por telefone mostrou 80,7%, 63,8% e 53,1% para as unidades tipo AP, mistas e PSF, respectivamente. Essas frequências foram significativamente diferentes ($p < 0,05$) quando comparadas as unidades que tinham PSF e as unidades de AP.

Ao serem questionados se os clientes dispunham de tempo suficiente para expor suas dúvidas e preocupações, os profissionais deram respostas mais favoráveis nas MISTAS (42,6%), seguidas das PSF e das unidades de AP com frequências de respostas praticamente iguais, ou seja, 34,4% e 34,6% ($p > 0,05$). Para esse item, novamente houve uma espécie de inversão do esperado, ou seja, maior frequências dos profissionais das MISTAS referiram esse atendimento, se comparados com a maior frequência esperado para os do PSF.

O uso do prontuário nas consultas não mostrou diferencial importante entre os modelos de atendimento. Um fato importante foi a referência de que não era na totalidade das consultas que se usava o prontuário: 15,6% para PSF, 11,5% para as unidades de AP, e 10,6% para as MISTAS.

Quando indagados se eram informados de todos os medicamentos utilizados pelos usuários na hora do atendimento, verificou-se variação significativa entre os modelos. As frequências para as situações mais positivas ("sempre") foram relativamente altas para PSF e MISTAS, respectivamente 75,0% e 68,1%, e bem menores para as unidades de AP, com 30,8% das respostas ($p < 0,01$). Se forem consideradas apenas as respostas incondicionais, mas ao acrescer as que somavam uma parcela de dúvida, as diferenças praticamente não existiram (93,2% para MISTAS, 93,5% para PSF e 82,6% para AP).

Não foi observada a mesma tendência de resposta para o conhecimento sobre a possibilidade de aquisição de medicamentos pelo usuário. As MISTAS apresentaram frequência menor de respostas mais

[12] Maioria das repostas foi positiva porque a pergunta era direcionada para se as unidades tinham ou não população adscrita, e não se conseguiam ou tinham como preocupação cobrir de fato toda a população.

positivas ("sempre") do que na questão anterior, que era muito semelhante, 51,1%; o mesmo ocorreu para as respostas dos profissionais das PSF, com 65,6%. As unidades do tipo AP tiveram frequência um pouco maior de referências positivas ("sempre") de 42,3%, em comparação com a questão anterior. As diferenças observadas não foram significativas. Aumentaram as frequências de respostas negativas para as mistas (27,7%). As unidades do tipo PSF apresentaram frequência de respostas mais negativas ("algumas vezes") duas vezes maior que na questão anterior, com 12,5%, o que pode ser evidenciado na Tabela 16.

d) Elenco de Serviços

Em 39 itens sobre oferta de serviços, em apenas 12 foram observadas diferenças significativas a partir das respostas dos profissionais de cada modelo de organização de serviços. A maioria dos itens oferecidos de forma diferente pelos tipos de UBS estava relacionada a atividades de promoção da saúde[13], tais como: planejamento familiar, grupo de planejamento familiar, conselhos sobre alimentação ou nutrição, educação preventiva odontológica, educação sobre violência doméstica e conselhos sobre atividade física. Com exceção de "educação preventiva odontológica", que ocorria mais nas AP, todas as outras eram mais frequentes nas unidades que tinham equipes de PSF (Tabela 17).

As outras atividades eram relacionadas a atendimento, sendo, em parte, as mais habituais: tratamento de diabete, hipertensão arterial e tratamento odontológico; outra parte se referia a áreas mais específicas: atendimento a idosos[14], DST, tuberculose, saúde mental e pequenas cirurgias. As unidades de AP apresentaram maior oferta dos atendimentos odontológicos e de saúde mental (Tabela 18).

e) Coordenação Horizontal

As questões para verificação das atividades relacionadas com o papel de coordenação foram: um bloco sobre registro de informações nos prontuários; informações relativas a programações para gestantes e crianças; outro conjunto referente às normas para encaminhamento dos usuários aos outros níveis do sistema de saúde; um conjunto sobre as normas para realização de exames laboratoriais; sobre a supervisão periódica para ajustar as necessidades de referência para especialidades; e, por último, um bloco sobre a disponibilidade dos prontuários para os usuários e auditoria. O conjunto dos resultados está sintetizado na Tabela 19.

O registro das informações era obrigatório no atendimento a crianças, de acordo com a maioria das respostas obtidas dos profissionais de todos os tipos de UBS, sem diferenças significativas. As frequências mais altas de respostas positivas ("sempre") foram dadas pelos profissionais das PSF (87,5%), seguidas das MISTAS e das unidades de AP (72,3% e 69,2%, respectivamente).

Pode-se dizer que a expectativa seria de respostas totalmente positivas para essa questão, ou seja, não seria admissível o não registro. Entretanto, observou-se frequência considerável (4,1%) de respostas negativas ("algumas vezes", "quase nunca") para as unidades mistas; e houve 7,7% de referências de desconhecimento sobre essa questão para os profissionais das unidades de AP. O registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento foi apontado com muita frequência pelos profissionais de todas as unidades de saúde. As UBS do tipo AP apresentaram frequência maior de dúvidas, ou seja, 3,8% de "quase sempre" e 3,8% de "muitas vezes".

A existência de um cartão de registro das ocorrências em posse das grávidas foi respondida com frequência quase plena por todos os profissionais de todas as unidades.

Para a existência de coleta de material para exames de laboratório na própria unidade, todas as respostas foram positivas para todos os modelos. Os resultados dos exames de laboratório eram encaminhados para a unidade em praticamente 100% das unidades, segundo as respostas dos profissionais de todas as unidades.

[13] Solicitado para os entrevistados que considerassem se a unidade tinham um trabalho mais intenso com essas questões e não apenas o que era dito em consulta ou em algum trabalho esporádico.

[14] Maior parte das respostas dadas reflete a possibilidade desta população ser atendida pelo clínico da unidade em um atendimento específico para idosos.

Tabela 16. Distribuição das frequências de respostas positivas e negativas em relação a vínculo, de acordo com os modelos de UBS. Cidade de São Paulo, 2007.

Vínculo	nunca / sempre	MISTAS n	MISTAS %	PSF n	PSF %	AP n	AP %	TOTAL n	TOTAL %	Diferenças estatísticas (MISTAS x PSF x AP)	Diferenças estatísticas (PSF x AP)
os usuários são consultados pelo mesmo profissional a cada consulta	n	8	17,0	4	12,5	0	0,0	12	11,4	-	-
	s	39	83,0	28	87,5	26	100,0	93	88,6		
população adscrita	n	7	15,2	1	3,1	3	11,5	11	10,6	-	-
	s	39	84,8	31	96,9	23	88,5	93	89,4		
usuário pode tirar dúvida com o mesmo que o atendeu	n	30	63,8	17	53,1	21	87,5	68	66,0	significativa	significativa
	s	17	36,2	15	46,9	3	12,5	35	34,0		
há tempo suficiente para as consultas	n	9	19,1	12	37,5	9	34,6	30	28,6	-	-
	s	38	80,9	20	62,5	17	65,4	75	71,4		
os prontuários estão disponíveis nas consultas	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0		
profissionais sabem que medicamentos os usuários usam	n	3	6,8	2	6,5	4	17,4	9	9,2	-	-
	s	41	93,2	29	93,5	19	82,6	89	90,8		
profissionais sabem se usuário não pode comprar medicamentos	n	8	17,4	5	16,7	4	17,4	17	17,2	-	-
	s	38	82,6	25	83,3	19	82,6	82	82,8		

Legenda: n: nunca; s: sempre; significativa: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções com aplicação da Prova do Qui-quadrado.

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 17. Distribuição das frequências de respostas positivas e negativas em relação ao elenco de serviços oferecidos, de acordo com os modelos de UBS. Cidade de São Paulo, 2007.

Atividades de promoção	nunca / sempre	MISTAS n	MISTAS %	PSF n	PSF %	AP n	AP %	TOTAL n	TOTAL %	Diferenças estatísticas (MISTAS x PSF x AP)	Diferenças estatísticas (PSF x AP)
conselhos nutrição	n	15	32,6	15	46,9	18	81,8	48	48,0	significativa	-
	s	31	67,4	17	53,1	4	18,2	52	52,0		
conselhos atividade física	n	8	17,4	9	28,1	12	50,0	29	28,4	significativa	-
	s	38	82,6	23	71,9	12	50,0	73	71,6		
orienta sobre álcool	n	22	51,2	19	61,3	15	78,9	56	60,2	-	-
	s	21	48,8	12	38,7	4	21,1	37	39,8		
educação sobre água	n	13	30,2	15	48,4	15	68,2	43	44,8	significativa	-
	s	30	69,8	16	51,6	7	31,8	53	55,2		
educação violência	n	17	37,0	16	51,6	16	84,2	49	51,0	significativa	-
	s	29	63,0	15	48,4	3	15,8	47	49,0		
educação acidentes domésticos	n	23	53,5	17	54,8	19	86,4	59	61,5	significativa	-
	s	20	46,5	14	45,2	3	13,6	37	38,5		
educação saúde bucal	n	8	18,6	16	51,6	0	0,0	24	24,0	significativa	-
	s	35	81,4	15	48,4	26	100,0	76	76,0		

Legenda: n: nunca; s: sempre; significativa: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções com aplicação da Prova do Qui-quadrado.

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 18. **Distribuição das f**requências de respostas positivas e negativas em relação aos serviços oferecidos, de acordo com os modelos de unidades. Cdade de São Paulo, 2007.

Atividades assistenciais e de prevenção	nunca / sempre	MISTAS		PSF		AP		TOTAL		Diferenças estatísticas (MISTAS x PSF x AP)	Diferenças estatísticas (PSF x AP)
		n	%	n	%	n	%	n	%		
vacina adulto	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	25	100,0	104	100,0		
vacina criança	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	25	100,0	104	100,0		
atende crianças	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0		
atende adultos	n	0	0,0	1	3,1	2	7,7	3	2,9	-	-
	s	47	100,0	31	96,9	24	92,3	102	97,1		
atende idosos	n	0	0,0	0	0,0	3	11,5	3	2,9	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	23	88,5	102	97,1		
pré-natal	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0		
planejamento familiar	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	46	100,0	32	100,0	25	100,0	103	100,0		
grupo planejamento familiar	n	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,0	-	-
	s	44	100,0	32	100,0	22	95,7	98	99,0		
atende DST	n	3	6,7	6	19,4	7	31,8	16	16,3	significativa	significativa
	s	42	93,3	25	80,6	15	68,2	82	83,7		
atende tuberculose	n	0	0,0	0	0,0	4	16,7	4	3,9	-	-
	s	46	100,0	32	100,0	20	83,3	98	96,1		
controle das endêmicas	n	3	8,8	4	12,9	6	27,3	13	14,9	significativa	significativa
	s	31	91,2	27	87,1	16	72,7	74	85,1		
controle das epidêmicas	n	1	2,2	4	12,5	2	8,7	7	7,0	-	-
	s	44	97,8	28	87,5	21	91,3	93	93,0		
atende DANT	n	5	11,1	3	9,4	5	20,8	13	12,9	-	-
	s	40	88,9	29	90,6	19	79,2	88	87,1		
controle diabetes	n	0	0,0	0	0,0	3	12,0	3	2,9	-	significativa
	s	47	100,0	32	100,0	22	88,0	101	97,1		
controle HAS	n	0	0,0	0	0,0	3	11,5	3	2,9	-	significativa
	s	47	100,0	32	100,0	23	88,5	102	97,1		
tratamento de ferimentos	n	4	8,7	0	0,0	0	0,0	4	3,8	-	-
	s	42	91,3	32	100,0	26	100,0	100	96,2		
prevenção Ca Mama	n	0	0,0	0	0,0	1	4,0	1	1,0	-	-
	s	44	100,0	31	100,0	24	96,0	99	99,0		
prevenção Ca Colo	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0		
prevenção cirurgias	n	44	95,7	31	96,9	26	100,0	101	97,1	-	-
	s	2	4,3	1	3,1	0	0,0	3	2,9		
saúde mental	n	12	26,1	14	43,8	5	19,2	31	29,8	significativa	-
	s	34	73,9	18	56,3	21	80,8	73	70,2		
atende odontológico	n	5	10,6	15	48,4	0	0,0	20	19,2	significativa	-
	s	42	89,4	16	51,6	26	100,0	84	80,8		
existem protocolos	n	2	4,5	1	3,1	3	13,0	6	6,1	-	-
	s	42	95,5	31	96,9	20	87,0	93	93,9		

Legenda: n: nunca; s: sempre; significativa: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções com aplicação da Prova do Qui-quadrado.

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 19. Distribuição das frequências de respostas positivas e negativas em relação à coordenação dos serviços oferecidos, de acordo com os modelos de unidades. Cidade de São Paulo, 2007.

Coordenação horizontal	nunca	MISTAS		PSF		AP		TOTAL		Diferenças estatísticas	
	sempre	n	%	n	%	n	%	n	%	(MISTAS x PSF x AP)	(PSF x AP)
registro dados no atendimento crianças	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	24	100,0	103	100,0		
registro imunizações e sobre crescimento	n	2	4,3	2	6,3	0	0,0	4	3,9	-	-
	s	45	95,7	30	93,8	24	100,0	99	96,1		
registro pré-natal	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	24	100,0	103	100,0		
as gestantes são portadoras de cartões	n	0	0,0	0	0,0	1	4,0	1	1,0	-	-
	s	46	100,0	32	100,0	24	96,0	102	99,0		
normas para realização exames	n	0	0,0	4	12,5	1	4,0	5	5,0	-	significativa
	s	43	100,0	28	87,5	24	96,0	95	95,0		
existe coleta exames laboratoriais	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0		
exames retornam para unidade	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0		
agendamento para ver resultado e na unidade	n	23	48,9	7	21,9	12	48,0	42	40,4	significativa	-
	s	24	51,1	25	78,1	13	52,0	62	59,6		
usuário é avisado	n	2	4,3	2	6,3	1	4,3	5	4,9	-	-
	s	45	95,7	30	93,8	22	95,7	97	95,1		
existe supervisão para necessidade de referencias	n	14	32,6	13	41,9	9	45,0	36	38,3	-	-
	s	29	67,4	18	58,1	11	55,0	58	61,7		
usuário pode ver prontuário	n	17	37,8	10	37,0	11	47,8	38	40,0	-	-
	s	28	62,2	17	63,0	12	52,2	57	60,0		
prontuários estão disponíveis	n	1	2,1	1	3,1	0	0,0	2	1,9	-	-
	s	46	97,9	31	96,9	26	100,0	103	98,1		
auditoria prontuários	n	25	61,0	13	43,3	16	69,6	54	57,4	-	-
	s	16	39,0	17	56,7	7	30,4	40	42,6		

Legenda: n: nunca; s: sempre; significativa: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções com aplicação da Prova do Qui-quadrado.

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

O agendamento da consulta de retorno[15] do usuário / cliente para saber os resultados dos exames nunca era feito diretamente pela unidade em aproximadamente 42% das respostas dos profissionais das unidades tipo MISTAS e AP. Para os mesmos modelos, outros 40%, aproximadamente (36,2% e 46,2%), referiram que sempre eram realizados os agendamentos na unidade. Os profissionais das unidades tipo PSF referiram que o agendamento era geralmente feito na unidade 59,4% das vezes.

Na maioria das vezes, o usuário era avisado[16] desse agendamento: 95,7% para as unidades MISTAS, 87,5% para as PSF e 80,8% para as AP. As diferenças encontradas não foram significativas ($p = 0,09$), mas indicaram tendência aos clientes das MISTAS serem mais frequentemente avisados do que os clientes das PSF ou AP.

[15] Considerado "pela unidade" quando recebiam o exame e já agendavam o retorno. Quando era o usuário que agendava no dia da coleta foi considerado inexistente o agendamento pela unidade.

[16] Considerado avisado mesmo quando foi informado no dia da coleta para quando devia marcar o retorno.

A existência de supervisão periódica sobre as necessidades de referência aos outros níveis de atenção apresentou divisão das respostas: 38,4% para as unidades de AP e 56,2% para as PSF com referências positivas, e 23,1% para as unidades de AP e 31,3% para as PSF com referências negativas ou da inexistência de supervisão. As diferenças encontradas não foram significativas.

A possibilidade de os usuários examinarem seus prontuários apresentou variação polarizada, com frequências positivas de 42,3% (AP), 53,1% (PSF) e 55,3% (MISTAS). No outro polo de respostas com referências negativas, as maiores frequências de respostas foram para as unidades de AP e as MISTAS, com 38,5% e 36,2%, respectivamente, e depois para as PSF (31,3%). Ainda que tenham sido observadas diferenças que tendiam a maiores possibilidades de os clientes das PSF examinarem seus prontuários, essa prática não foi frequente para nenhum dos modelos e,neste estudo, as diferenças encontradas não foram significativas. A disponibilidade dos prontuários no momento das consultas era plena para a maioria dos profissionais, com 84,4%, 80,8% e 78,7% para PSF, AP e MISTAS, respectivamente ($p > 0,05$). As parcelas restantes, mais importantes, foram referentes a respostas negativas, com a frequência das PSF um pouco menor (12,5%), depois a das unidades de AP (15,4%) e, por último, a das MISTAS (19,1%).

Com relação à existência de auditorias de prontuários médicos, não houve uniformidade nas referências dos profissionais: essas auditorias nunca se realizavam para cerca de dois terços das respostas nas unidades de AP e nas MISTAS, e para quase metade das respostas das PSF quase a metade, e as diferenças observadas não foram significativas. Para 50% dos profissionais das PSF, as auditorias eram sempre realizadas, diferindo significativamente dos 25% das respostas obtidas nos outros modelos. As unidades de AP apresentaram a maior frequência de respostas negativas (57,7%), seguidas dos outros modelos de atendimento com porcentagens similares de aproximadamente de 25%.

Embora se trate de diferença importante, ela não se mostrou significativa à estatísticas aplicada. As unidades tipo PSF apresentaram a maior frequência de respostas positivas (34,4%), seguidas das MISTAS (23,4%) e das AP (19,2%).

f) Coordenação Vertical

Sobre a existência de normas definidas para a transferência de informações entre pacientes nos vários níveis de atenção, o padrão de respostas ficou entre frequências muito altas para as respostas positivas (“sempre”) e frequências relativamente baixas para respostas bem negativas (“nunca”), mas importantes pelo significado, como apresentado na Tabela 20. As frequências de respostas positivas foram de 84,4%, 80,8% e 76,6% para as unidades PSF, AP e Mistas, respectivamente. As de respostas negativas foram de 6,4%, 3,8% e 3,1% para as Mistas, AP e PSF, respectivamente.

Sobre a frequência em que os profissionais de saúde utilizavam normas definidas para referência e contrarreferência, as respostas se concentraram nas condições positivas (“sempre”), com 90,6%, 88,5% e 83,0% para as PSF, AP e MISTAS, respectivamente. Deve-se notar que, para todos os modelos, ocorreram respostas que indicavam a inexistência dessas normas, a saber: 17,0%, 11,5% e 9,4%, para as MISTAS, PSF e AP, respectivamente.

As respostas sobre a indicação e/ou a discussão dos possíveis lugares de atendimento dos profissionais de atenção básica no momento de encaminhamento de clientes apresentaram padrão comum, com praticamente a maioria referindo que nunca ocorre. As unidades tipo PSF foram as que tiveram respostas negativas com maior frequência (68,8%), seguidas das MISTAS (66,0%) e das AP (57,7%), mas sem diferenças significativas. Os profissionais referiram respostas positivas em apenas 18,8% das PSF, 21,3% das MISTAS, e 19,2% das AP.

A existência de mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas com um especialista foi apontada em praticamente 100% das respostas, para todos os modelos de atendimento. Em relação aos encaminhamentos dos pacientes, se os profissionais de atenção básica forneciam informações escritas para o serviço referido, as respostas obedeceram a um padrão bem definido: em torno de 84,0% das situações foram referidas positivamente (“sempre”) para profissionais de todos os tipos de

Tabela 20. Distribuição das frequências de respostas positivas e negativas em relação à coordenação dos serviços oferecidos, de acordo com os modelos de unidades. Cidade de São Paulo, 2007.

Coordenação vertical	nunca / sempre	MISTAS n	MISTAS %	PSF n	PSF %	AP n	AP %	TOTAL n	TOTAL %	Diferenças estatísticas (MISTAS x PSF x AP)	Diferenças estatísticas (PSF x AP)
normas para transferências informações entre níveis	n	5	10,9	2	6,5	1	4,0	8	7,8	-	-
	s	41	89,1	29	93,5	24	96,0	94	92,2		
normas referência e contrarreferência	n	1	2,3	0	0,0	0	0,0	1	1,0	-	-
	s	42	97,7	31	100,0	26	100,0	99	99,0		
discutem encaminhamento com os usuários	n	34	72,3	26	81,3	18	75,0	78	75,7	-	-
	s	13	27,7	6	18,8	6	25,0	25	24,3		
normas para consultas com especialista	n	0	0,0	0	0,0	1	3,8	1	1,0	-	-
	s	47	100,0	32	100,0	25	96,2	104	99,0		
encaminhamentos são feitos por escrito	n	2	4,3	5	15,6	2	8,0	9	8,7	-	-
	s	44	95,7	27	84,4	23	92,0	94	91,3		
recebem informações por escrito dos especialistas	n	30	66,7	26	83,9	11	55,0	67	69,8	significativa	-
	s	15	33,3	5	16,1	9	45,0	29	30,2		

Legenda: n: nunca; s: sempre; significativa: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções com aplicação da Prova do Qui-quadrado.

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

atendimento. Cabe destacar, no entanto, que uma porcentagem das respostas foi negativa ("algumas vezes" e "nunca"), com 4,2% para as MISTAS, 7,7% para as AP, e 15,7% para as PSF, com pequenas diferenças não significativas ($p > 0,05$).

Os profissionais de atenção básica não recebiam informações escritas sobre os resultados das visitas a médicos especialistas com a frequência esperada, e distribuíram-se de forma muito variável nos diferentes tipos de UBS, mas, de forma geral, esse procedimento era bem menos comum do que o esperado, que deveria ser na totalidade dos encaminhamentos, considerando a continuidade esperada nas ações da atenção básica em saúde. As unidades de AP foram as que menos tiveram respostas negativas (42,3%), seguidas pelas MISTAS (63,8%) e PSF, com altas proporções de não recebimento. Essas diferenças observadas foram significativas ($p < 0,01$).

As entrevistas das unidades de AP resultaram em respostas menos negativas, em parte porque uma parcela de suas respostas foi para as condições mais positivas ("quase sempre") com maior frequência (19,2%) que as mistas e as PSF (10,6% e 6,3%, respectivamente). Outra parcela considerável das respostas obtidas pelos profissionais das unidades de AP foi de desconhecimento: 23,1%.

Ao inquirir se existiam normas definidas para a realização de exames laboratoriais de complementação diagnóstica, as respostas foram quase totalmente positivas, variando de 89,4% nas MISTAS a 84,4% para as PSF. Os profissionais das unidades PSF foram os que deram respostas negativas mais frequentemente, referindo-se à inexistência das regras.

g) Enfoque Familiar

O enfoque familiar foi verificado pela existência do prontuário familiar e por questões voltadas para a preocupação da equipe em relação à família como participante do problema do usuário e como grupo potencialmente sujeito a riscos à saúde. Os resultados foram sintetizados na Tabela 21.

As respostas sobre a forma de organização dos prontuários segundo orientação familiar também apresentaram grande variação entre os modelos de atendimento. As PSF apontaram 78,1% de respostas positivas, o que chamou a atenção, pois deveriam ser 100%, uma vez que essa forma de organização é um

Tabela 21. Distribuição das frequências de respostas positivas e negativas em relação à orientação familiar por modelo de unidade. Cidade de São Paulo, 2007

Orientação familiar	nunca / sempre	MISTAS n	MISTAS %	PSF n	PSF %	AP n	AP %	TOTAL n	TOTAL %	Diferenças estatísticas (MISTAS x PSF x AP)	Diferenças estatísticas (PSF x AP)
prontuário familiar	n	18	41,9	0	0,0	19	76,0	37	37,4	significativa	-
	s	25	58,1	31	100,0	6	24,0	62	62,6		
informação sobre doenças dos familiares	n	8	18,6	3	10,7	3	12,5	14	14,7	-	-
	s	35	81,4	25	89,3	21	87,5	81	85,3		
discutem a saúde dos usuários com familiares	n	3	6,4	4	12,5	5	21,7	12	11,8	significativa	-
	s	44	93,6	28	87,5	18	78,3	90	88,2		
perguntam sobre fatores risco social	n	6	13,6	5	17,2	6	27,3	17	17,9	-	-
	s	38	86,4	24	82,8	16	72,7	78	82,1		

Legenda: n: nunca; s: sempre; significativa: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções com aplicação da Prova do Qui-quadrado.
Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

princípio do programa. As MISTAS apresentaram frequência de respostas positivas de 51,1%, que pode ser compatível com a situação intermediária dessas unidades nos seus princípios organizativos, ou seja, o fato de ter equipes de PSF não influenciou as unidades para adotar um padrão único de organização dos prontuários. Os profissionais das unidades de AP foram os que deram as respostas negativas com maior frequência (69,2%), refletindo a sistemática habitual desse modelo. As diferenças encontradas entre as respostas sobre o prontuário familiar nos diferentes modelos foram significativas tanto nas referências positivas quanto nas negativas.

Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pediam informações sobre doenças de outros membros da família na maioria das vezes, sem diferenças significativas nos três modelos de atendimento. As unidades de AP apresentaram a maior frequência de respostas positivas (61,5%); depois foram as PSF (59,4%) e as MISTAS com (55,3%). A segunda escala de respostas também foi positiva ("quase sempre"), com porcentagens praticamente iguais, em torno de 15%. As respostas negativas tampouco apresentaram diferenças na comparação entre as unidades.

Os profissionais de saúde tinham possibilidade de falar com a família do usuário / cliente para discutir seu problema de saúde na opinião da maioria dos profissionais de todos os tipos de unidades. As PSF apresentaram as frequências mais altas (75,0%), seguidas das MISTAS (66,0%) e das AP (57,7%). Apesar de indicar uma tendência de acordo com as hipóteses em estudo, as diferenças encontradas não foram significativas. Ao adicionar as respostas que indicam "quase sempre", as frequências dessas respostas positivas se igualaram para as PSF e MISTAS (85,1% e 84,4%, respectivamente), que diferiam das unidades de AP, que passavam a 65,4% ($p = 0,09$).

Durante a anamnese, os profissionais normalmente perguntavam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário / cliente (desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento) para a maioria das respostas obtidas dos profissionais entrevistados, com predomínio nas MISTAS (61,7%), seguidas das PSF (59,4%), e com frequência menor nas AP (30,8%). A estatística utilizada revelou tendência de as frequências de respostas positivas serem mais frequentes nas UBS em que atuavam equipes do PSF, comparadas com as das equipes das unidades de AP ($p = 0,06$), ainda que as diferenças não tenham sido significativas. As frequências de respostas "quase sempre" foram de 12,8%, 12,5% e 19,2% para MISTAS, PSF e AP, respectivamente. As respostas negativas ("quase nunca" e "nunca") também foram relativamente importantes: 12,8%, 15,7% e 23,0% para MISTAS, PSF e AP, respectivamente. Essas diferenças tampouco foram significativas. Outro destaque é para a porcentagem considerável de profissionais que responderam

não saber referir: 6,4%, 9,4% e 15,4% para as MISTAS, PSF e AP, respectivamente.

h) Orientação Comunitária

A orientação comunitária foi abordada nas questões para saber, por um lado, o quanto a comunidade era considerada no estabelecimento de prioridades de assistência e satisfação no serviço prestado pela equipe; por outro lado, para saber se existiam mecanismos de identificação de problemas na comunidade.

Outro aspecto verificado foi a oferta de serviços mais coletivos, como saúde escolar ou atividades intersetoriais. Como último aspecto foi verificado, também, o tipo de participação da comunidade na organização das atividades a serem oferecidas aos usuários. O conjunto dos resultados foi sintetizado na Tabela 22.

A maioria dos profissionais referiu que não são realizadas enquetes com usuários para saber se os serviços oferecidos estavam respondendo às necessidades percebidas (55,4%, 56,3% e 61,5% para as MISTAS, as PSF e as AP, respectivamente). Embora existissem diferenças entre as respostas dos profissionais dos três tipos de unidades, elas foram pequenas e, portanto, não significativas, e não modificavam o significado das respostas, ou seja, as enquetes se realizavam muito esporadicamente. Por outro lado, as enquetes para identificar problemas de saúde da população[17] já apresentavam um padrão diferente, pois as MISTAS e as AP apresentaram padrão de resposta semelhante à anterior, e as equipes do PSF referiram a existência desse tipo de enquete com grande frequência, ou seja, em 62,6% das respostas, contra 31,9% para as unidades mistas e 15,4% para as unidades de AP, diferenças que se mostraram significativas ($p < 0,01$). As respostas negativas foram relativamente frequentes: pelo menos 20% dos profissionais de todos os modelos referiram que nunca ocorreram tais enquetes, sendo que essa proporção foi de 29,7% para as MISTAS e de 42,3% nas unidades de AP, mas essas diferenças não se mostraram significativas.

A participação de representantes da comunidade na direção da UBS foi confirmada pelos profissionais, pelo menos na opinião da maioria dos entrevistados de todos os tipos de unidades. As citações mais frequentes de que sempre ocorriam participações foram dos profissionais das unidades de AP (92,3%), seguidas das citações dos profissionais que atuavam nas PSF (75,0%) e, por último, das MISTAS (61,7%), e essas diferenças foram significativas ($p < 0,01$). Os profissionais das unidades de AP não citaram a possibilidade de não ocorrer participação; já 15,6% dos profissionais das PSF referiram nunca ocorrer a participação, assim como 12,8% das MISTAS.

A maioria das citações dos profissionais confirmou que a oferta de serviços de saúde escolar é sempre realizada pelas unidades de todos os tipos: nas PSF foram 68,8%; nas AP, 65,4%; e nas MISTAS 51,1% ($p > 0,05$).

Em relação à oferta de visitas domiciliares, as diferenças foram muito importantes, pois, enquanto para os entrevistados que atuavam nas PSF as respostas indicaram essa oferta em 100% das vezes, nas unidades de AP apenas a metade dos entrevistados referiu a mesma condição ($p < 0,01$). As unidades mistas, como na maioria das vezes, representaram a posição intermediaria, com 78,7% de citações de que as ofertas sempre ocorrem.

Consolidando a mesma tendência, parte dos profissionais das unidades de AP referiu que nunca eram realizadas as visitas domiciliares em 34,6% das citações, em contraposição às citações dos profissionais das PSF e MISTAS, com 6,4% das citações negativas ($p < 0,01$).

Os profissionais das MISTAS e PSF concordaram nas frequências de respostas que indicavam sempre trabalhar com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais (respectivamente, 51,1% e 50,1%). Essas atividades ocorriam apenas na opinião de 19,2% dos entrevistados das equipes das unidades de AP. Indicando as mesmas interpretações, as equipes das unidades de AP foram as que mais citaram a inexistência dessas ações (42,3%), seguidas das PSF (25,0%) e das MISTAS (14,9%). As frequências observadas nas MISTAS e nas PSF foram significativamente menores quando comparadas com as das unidades de AP.

[17] No caso das equipes de PSF foram considerados os levantamentos que os ACS fazem para o cadastro da famílias constante no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Tabela 22. Distribuição das frequências de respostas positivas e negativas em relação a orientação comunitária por modelo de UBS. Cidade de São Paulo, 2007.

Orientação Comunitária	nunca / sempre	MISTAS n	MISTAS %	PSF n	PSF %	AP n	AP %	TOTAL n	TOTAL %	Diferenças estatísticas (MISTAS x PSF x AP)	Diferenças estatísticas (PSF x AP)
enquetes satisfação dos usuários	n	26	72,2	18	58,1	16	69,6	60	66,7	-	-
	s	10	27,8	13	41,9	7	30,4	30	33,3		
enquetes morbidade	n	21	52,5	10	31,3	17	77,3	48	51,1	significativa	-
	s	19	47,5	22	68,8	5	22,7	46	48,9		
representantes na direção	n	8	21,1	6	20,0	0	0,0	14	15,2	significativa	-
	s	30	78,9	24	80,0	24	100,0	78	84,8		
existe serviço de saúde escolar	n	15	35,7	6	18,8	6	24,0	27	27,3	-	-
	s	27	64,3	26	81,3	19	76,0	72	72,7		
visitas domiciliares	n	3	6,5	0	0,0	9	36,0	12	11,7	significativa	-
	s	43	93,5	32	100,0	16	64,0	91	88,3		
programas intersetoriais	n	12	30,8	12	40,0	14	73,7	38	43,2	significativa	-
	s	27	69,2	18	60,0	5	26,3	50	56,8		
existe autonomia reorganizar serviços	n	10	24,4	9	29,0	9	39,1	28	29,5	-	-
	s	31	75,6	22	71,0	14	60,9	67	70,5		

Legenda: n: nunca; s: sempre; significativa: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções com aplicação da Prova do Qui-quadrado.

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

i) Capacitação dos Profissionais

A autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados na comunidade não apresentou diferença na opinião dos profissionais das unidades de todos os modelos. Esse resultado pode estar indicando que esse atributo se relaciona mais com a política de gestão do que com a organização local. Entretanto, seria esperado que as equipes das unidades PSF estivessem mais propensas a exercer esses papéis. Esses resultados foram condensados na Tabela 23. Todas as equipes dos três modelos das ações de Atenção Primária referiram que as UBS estavam sempre com, pelo menos, um médico para atendimento. Com relação à ocorrência de substituição de médicos por enfermeiros ou outros profissionais, a maioria dos entrevistados referiu que isso nunca acontece; os profissionais que atuam nas unidades PSF foram mais enfáticos, com 81,3% das respostas, seguidas das equipes das MISTAS, com 72,3%, e das AP, com 61,5%. As diferenças observadas entre as respostas das MISTAS e das PSF comparadas com as das AP foram significativas ($p < 0,05$).

A maioria dos profissionais das unidades PSF referiu que os médicos sempre recebiam treinamento para Atenção Primária, com 71,9% das respostas; para os profissionais das MISTAS, a referência foi um pouco menor (59,6%), e nas AP, bem inferior (34,6%), e essas diferenças se mostraram significativas ($p < 0,05$). Se considerado o conjunto de respostas com dúvidas sobre a ocorrência, não se verificou diferença entre os tipos de unidades de saúde. Os profissionais das unidades de AP deixaram de responder, por não saber, com frequência relativamente grande 50%, comparados com os das mistas, com 21,3%, e com os das PSF, com 18,8%.

Os treinamentos para o conjunto da equipe de saúde sempre ocorriam na visão de 84,4% dos profissionais das PSF, diferindo das MISTAS (61,7%) e das AP (53,8%). Não houve diferença entre as frequências de respostas das MISTAS e das AP, mas as frequências de respostas das PSF diferiram significativamente daquelas das AP ($p < 0,05$).

A capacitação da equipe segundo a diversidade cultural da comunidade foi mais citada pelos profis-

Tabela 23. Distribuição das frequências de respostas positivas e negativas em relação à capacitação dos profissionais, de acordo com o modelo de unidade. Cidade de São Paulo, 2007.

Capacitação dos profissionais	nunca / sempre	UM[1]		PSF		AP		TOTAL		Diferenças estatísticas	
		n	%	n	%	n	%	n	%	(MISTAS x PSF x AP)	(PSF x AP)
a unidade conta com pelo menos um médico	n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	s	47	100,0	32	100,0	26	100,0	105	100,0	-	
substituição de médicos	n	42	93,3	28	87,5	19	76,0	89	87,3	-	-
	s	3	6,7	4	12,5	6	24,0	13	12,7		
médicos treinados	n	8	21,6	2	7,7	2	15,4	12	15,8	-	-
	s	29	78,4	24	92,3	11	84,6	64	84,2		
equipes treinadas	n	6	14,3	1	3,3	5	22,7	12	12,8	-	significativa
	s	36	85,7	29	96,7	17	77,3	82	87,2		
capacitados diversidade cultural	n	17	40,5	10	32,3	14	58,3	41	42,3	-	significativa
	s	25	59,5	21	67,7	10	41,7	56	57,7		
respostas baseada em dados	n	22	47,8	9	28,1	8	30,8	39	37,5	-	-
	s	24	52,2	23	71,9	18	69,2	65	62,5		
confiança nas respostas	n	1	2,1	2	6,3	1	3,8	4	3,8	-	-
	s	46	97,9	30	93,8	25	96,2	101	96,2		

Legenda: n: nunca; s: sempre; significativa: $p < 0,05$, para a comparação entre proporções com aplicação da Prova do Qui-quadrado.
Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

sionais das PSF do que pelos profissionais das AP e das MISTAS, nessa ordem, ainda que não fosse sempre. Os profissionais das unidades tipo PSF confirmaram que sempre são capacitados, em 65,7% das respostas; os das unidades de AP, em 38,4% das respostas; e os das MISTAS, em 53,3%. Diferenças significativas foram observadas na comparação das frequências de respostas das PSF com as das AP ($p < 0,05$), mas não com as das MISTAS. Pelo menos 25% das citações referiram inexistência desses treinamentos em todos os modelos, sendo maior para os profissionais das unidades de AP (34,6%). As respostas se basearam sempre em dados ou informes para os profissionais das PSF em 40,6% das respostas, com garantia da confiança para 87,6% das citações, quando não eram baseadas em dados. As MISTAS apresentaram frequência de respostas intermediárias entre as das AP e as das PSF, com 12,8% dos profissionais referindo que sempre se baseavam em dados, e quando não podiam garantir o que diziam, em 59,6% das citações. Os profissionais das AP referiram que se basearam em dados em suas respostas em 15,4%, e garantiram confiança em 38,5%.

j) Contexto do Entorno da Unidade

Para verificação da importância do entorno da unidade no estabelecimento das relações com essa mesma unidade, as escolhas foram dirigidas pela diferenciação dos distritos administrativos-sede das UBS, de acordo com a classificação no Índice de Exclusão (IEX) para a cidade de São Paulo. Como não se dispunha de possibilidades para realização da pesquisa em muitos estratos, foram criados dois, a partir dos IEX dos distritos envolvidos: estrato com melhores e com piores índices, sendo que o ponto de corte foi o valor mediano dos distritos das áreas envolvidas no estudo.

O estrato com os melhores índices no conjunto de distritos que continham as unidades estudadas apresentava IEX que variava de -0,37 a +0,20, e o estrato com os piores índices variava de -0,80 a -0,36. A situação dos distritos estudados na zona Central e Norte comparados com os estratos estabelecidos para a cidade de São Paulo são apresentados no Quadro 3.

Para verificar a influência das condições socioeconômicas do entorno da unidade de saúde, foram feitos

cruzamentos das questões, considerando os estratos com piores e melhores IEX. As questões que apresentaram variações significativas, segundo as dimensões utilizadas para estudo da Integralidade, foram:

Acesso:
Q4. suprimento de medicamentos;
Q11. telefone para marcar consultas ou esclarecer dúvidas;

Vínculo:
Q15. exame pelo mesmo profissional;
Q17. em caso de dúvidas liga para o mesmo profissional;
Q21. profissional sabe que o usuário não pode comprar remédio.

Elenco de serviços:
Q46. educação sobre violência doméstica.

Orientação Comunitária:
Q76. representantes da comunidade nos Conselhos;
Q78. oferece visitas domiciliares;
Q79. realiza programas intersetoriais.

Os profissionais das unidades situadas nos distritos com piores IEX foram os que mais declararam a inexistência de telefone para marcar consultas na UBS, apesar de que a resposta da maioria foi positiva e não diferiu entre os estratos de IEX. Entretanto, para a possibilidade de ser examinado pelo mesmo profissional, quando do retorno, foram os profissionais dos estratos com melhores IEX que referiram nunca

Quadro 3. Índices de Exclusão (IEX)[1] para a cidade de São Paulo nos diferentes estratos de exclusão e mos distritos das áreas estudadas, 2007.

Estratos para São Paulo	Limites do IEX		Distritos em estudo		
	Inferior	Superior	Distritos	IEX	Estrato
1 - Jardim Paulista, Moema	0,97	1,00	-	-	-
2 - Lapa, Consolação, Vila Mariana, Perdizes, Santo Amaro, Itaim Bibi, Alto de Pinheiros, Pinheiros	0,26	0,43	-	-	-
3 - Socorro, Bela Vista, Barra Funda, Vila Leopoldina, Santana, Tatuapé, Saúde, Morumbi, Butantã, Campo Belo	0,02	0,25	Santana, JAE, Chora Menino B. Funda – B. Funda	0,12 0,04	Melhor
4 - Penha, Vila Prudente, Freguesia do Ó, Vila Sônia, Vila Matilde, Liberdade, Bom Retiro, Casa Verde, Carrão, Jaguará, Vila Formosa, Ipiranga, Vila Guilherme, Belém, Santa Cecília, Mandaqui, Cursino, Água Rasa, Tucuruvi, Cambuci, Mooca, Pari, Campo Grande	-0,24	0,00	B. Retiro F.Ó. – Cruz das Almas	- 0,15 - 0,23	Melhor
5 - Vila Andrade, Raposo Tavares, Parque do Carmo, Vila Medeiros, Tremembé, Vila Maria, Cangaíba, Artur Alvim, São, ateus, Ponte Rasa, Ermelino Matarazzo, Jaçanã, Jabaquara, Limão, Brás, Cidade Líder, Sé, Rio Pequeno, Jaguaré, Pirituba, Sacomã, Aricanduva, São Domingos, República, São Lucas	-0,48	-0,27	Medeiros – V. Ede	- 0,46	Pior
6 - São Rafael, Cachoeirinha, Cidade Ademar, Marsilac, Sapopemba, Perus, Vila Jacuí, Jardim São Luís, José Bonifácio, Anhanguera, Itaquera, Cidade Dutra, Campo Limpo, Jaraguá, São Miguel	-0,72	-0,51	Cachoeirinha – Jd. Peri	- 0,70	Pior
7 - Jardim Ângela, Grajaú, Lajeado, Cidade Tiradentes, Parelheiros, Jardim Helena, Iguatemi, Pedreira, Brasilândia, Itaim, Paulista, Capão Redondo, Vila Curuçá, Guaianazes	-1,00	-0,76	Brasilândia – Guarani, Carombé	- 0,81	Pior

(1) Atualizado para 2002, seguindo apresentação do *Ranking* de Exclusão com dados de 2000 por Sírio J. B. Cançado, In: Revista FAPESP 2003; 83:1- 4.

existir essa possibilidade, com 16,7% das respostas para apenas 2,6% no outro estrato.

Também para a situação em que os profissionais deveriam ser informados se os usuários não conseguiam comprar os medicamentos, aqueles do estrato de melhores IEX referiram que ocorrem apenas algumas vezes ou nunca em 21,2% das respostas, contra 7,7% para os de piores IEX.

A maioria dos profissionais do estrato com IEX pior negou a possibilidade de os usuários tirarem as dúvidas sobre seu tratamento, falando com o mesmo profissional que o atendeu, em 76,9% das respostas contra 57,6% para o estrato com melhores IEX, diferença que se mostrou significativa ($p < 0,05$).

Em relação ao elenco de serviços, a quase totalidade das respostas não apresentou diferenças significativas. Para "educação sobre violências domésticas", apesar de as opiniões ficarem divididas entre os que achavam que existia e os que discordavam, menor número de referências positivas foram declaradas pelos profissionais do estrato de piores IEX (32,3% contra 51,5%), mas a diferença não foi significativa ($p = 0,07$).

Em relação à Orientação Comunitária, os profissionais do estrato com melhores IEX foram os que mais negaram a participação de representantes da comunidade na direção da unidade ou nos Conselhos, com 21,2% das respostas negativas contra nenhuma do estrato de piores IEX. Por outro lado, para as questões sobre visitas domiciliares e programas intersetoriais, foram os profissionais do estrato de piores IEX que apresentaram as respostas negativas com frequências mais altas e significativas.

4.2.2 Diferenças entre os Modelos

Nas comparações entre os três modelos de organização do trabalho na ABS, foi possível observar algumas diferenças que se podem atribuir ora para um tipo ora para outro, mas estatísticas foram aplicadas principalmente as comparando em conjunto. Para verificar a importância de cada tipo, foram realizadas comparações supondo três situações: (1) apenas os profissionais das MISTAS em confronto com os das AP; (2) agregando os profissionais das MISTAS e das PSF exclusivas comparados com os das AP; e (3) apenas os profissionais das PSF com os das AP.

No Quadro 4 estão sintetizados os achados para as três formas de consolidação dos dados, e destacam-se as questões que apresentaram diferenças significativas ou que estiveram no limite das possibilidades.

De forma geral, pôde-se observar a inexistência de diferenças no conjunto de questões para as três formas de comparação dos dados, ou seja, qualquer um dos cruzamentos apresentou diferenças entre unidades com equipes de PSF e as unidades de AP. A dimensão que apresentou o maior número de questões com diferenças significativas foi "Elenco de Serviços". Das 39 possibilidades de serviços, apenas nove não apresentaram diferenças em nenhum tipo de cruzamento dos dados; para o item "atendimento odontológico" não foi verificada diferença significativa entre os profissionais das unidades mistas e os das AP.

Apenas um dos 19 itens referentes à coordenação apresentaram diferenças significativas: "notificação por escrito no retorno dos especialistas", sendo que as diferenças só se destacaram quando foram agrupados os profissionais que atuavam nas PSF.

Para a dimensão "enfoque familiar", as diferenças se verificaram para os itens: "prontuário familiar" e "falar com a família sobre o usuário", em todos os tipos de cruzamentos.

Um número maior de itens foi significativo na "orientação comunitária", com diferenças para todos os cruzamentos, exceto para a "participação de representantes da comunidade na direção da unidade", que só foi significativa nos cruzamentos com a presença dos profissionais das MISTAS. Provavelmente esses profissionais estão fazendo a diferença.

Quadro 4. Dimensões e respostas às questões que apresentaram diferenças significativas por tipo de agrupamento dos profissionais, de acordo com a organização do serviço. Cidade de São Paulo, 2007.

Dimensões e questões		Tipos de cruzamentos dos dados		
		Unidades mistas com AP	Todas com PSF com AP	Só PSF com AP
	Acesso			
Q10	abrir depois das 18h00	▲	▲	▲
Q15	exame pelo mesmo profissional	▲	▲	▲
Q17	nas duvidas pode ligar para o mesmo profissional	▲	▲	▲
	Elenco de serviços			
Q26	atendimento para idosos	▲	▲	▲
Q30	atendimentos à DST	▲	▲	▲
Q31	programa de controle de Tuberculose	▲	▲	▲
Q32	controles/tratamento doenças endêmicas	▲	▲	▲
Q35	tratamento/controle diabetes	▲	▲	▲
Q36	tratamento/controle hipertensão	▲	▲	▲
Q41	orientação frente a álcool e tabaco	▲	▲	▲
Q43	conselhos sobre nutrição	▲	▲	▲
Q44	conselhos sobre atividade física	▲	▲	▲
Q45	educação sobre saneamento água	▲	▲	▲
Q46	educação sobre violência domestica	▲	▲	▲
Q47	educação sobre acidentes domésticos	▲	▲	▲
Q48	educação sobre saúde bucal	▲	▲	▲
Q49	atendimento odontológico		▲	▲
	Coordenação			
Q60	notificação por escrito dos especialistas		▲	▲
	Enfoque familiar			
Q70	prontuário familiar	▲	▲	▲
Q72	falar com família sobre o usuário	▲	▲	▲
	Orientação comunitária			
Q75	enquetes sobre problemas de saúde	▲	▲	▲
Q76	representantes da comunidade	▲	▲	
Q78	oferece visitas domiciliares	▲	▲	▲
Q79	programas intersetoriais	▲	▲	▲
	Profissionais			
Q82	substituição dos médicos	▲		

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

A "substituição dos médicos por outros profissionais", na dimensão dos profissionais, foi a que contribuiu com diferença em relação à comparação das respostas dos profissionais das MISTAS e das AP.

4.3 Os Usuários / Acompanhantes das Unidades Básicas de Saúde e a Integralidade

Foram entrevistados 184 usuários das dez UBS incluídas no estudo. Os resultados contidos nas Tabelas 1 a 10 foram apresentados segundo o modelo de atenção em que o usuário efetivamente estava em seguimento: PSF ou não PSF. As características que apresentaram associação com o modelo de atenção, nessa primeira análise, foram posteriormente investigadas em relação ao modelo da unidade de saúde: PSF, AP e MISTAS. Essa segunda análise apresenta-se nas Tabelas 24 a 29.

4.3.1 Características sociodemográficas

Dos 184 usuários entrevistados, 92 eram atendidos pelo modelo PSF (60 em PSF ou 32 em MISTAS) e 92 pelo modelo Não PSF (32 em AP ou 60 em MISTAS). A distribuição relativa às características sociodemográficas segundo o modelo de atenção está apresentada na Tabela 24. Dos 184 usuários, 28,6% eram homens. A média de anos de estudo encontrada foi de 6,4 (0-16). A média de idade foi de 29,5 anos (0,5-85). Não ocorreram diferenças segundo o modelo de atenção e as características sociodemográficas dos usuários.

Tabela 24. Distribuição dos usuários entrevistados segundo características sociodemográficas e modelo de assistência. Cidade de São Paulo, 2007.

Características sociodemográficas	Não PSF		PSF		TOTAL		valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	23	25,0	29	68,5	132	71,7	
Feminino	69	75,0	63	31,5	52	28,3	0,326
Cor da pele							
Branca	39	42,4	35	38,1	74	40,2	
Preta	14	15,2	15	16,3	29	15,7	
Parda	37	20,2	39	42,4	76	41,3	
Amarela	2	2,2	1	1,1	3	1,6	
Indígena	0	0	1	1,1	1	0,5	0,803

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

4.3.2 Saúde do usuário

Quando questionados sobre sua saúde nos últimos 30 dias, mais da metade dos entrevistados relatou saúde muito boa ou boa (Tabela 25). Apenas 12% relataram estado de saúde ruim nos últimos 30 dias. Vinte e cinco por cento dos usuários relataram que deixaram de fazer alguma atividade em decorrência de algum problema de saúde. Dos problemas de saúde dos usuários, foram relatados com maior frequência: problemas de coluna (40%), hipertensão arterial (34%), depressão (19%), diabete (15%), artrite (12%) e obesidade (10%). Não ocorreram diferenças segundo o modelo de atenção ou o estado de saúde dos usuários.

Tabela 25. Distribuição dos usuários entrevistados segundo estado de saúde e modelo de atenção. Cidade de São Paulo, 2007.

Estado de Saúde	NÃO PSF		PSF		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Estado de saúde						
Muito bom	11	12,0	9	9,8	20	10,9
Bom	40	43,5	34	37,0	74	40,2
Regular	30	32,6	38	41,3	68	37,0
Ruim	11	12,0	7	7,6	18	9,8
Muito ruim	0		4	4,4	4	2,2
Deixou de realizar atividades nos últimos 30 dias						
Não	72	78,3	65	71,4	137	74,9
Sim	20	21,7	26	28,6	46	25,1
Problema coluna						
Não	50	55,6	58	63,7	108	59,7
Sim	40	44,4	33	36,3	73	40,3
Artrite						
Não	81	90,0	79	85,9	160	87,9
Sim	9	10,0	13	14,1	22	12,1
Câncer						
Não	91	98,9	91	98,9	182	98,9
Sim	1	1,1	1	1,1	2	1,1
Diabetes						
Não	51	83,6	46	86,8	97	85,1
Sim	10	16,4	7	13,2	17	14,9
Asma						
Não	87	94,6	86	94,5	173	94,5
Sim	5	5,4	5	5,5	10	5,5
Hipertensão						
Não	56	60,9	65	70,7	121	65,8
Sim	36	39,1	27	29,4	63	34,2
Problema coração						
Não	83	91,2	86	93,5	169	92,4
Sim	8	8,8	6	6,5	14	7,7
Depressão						
Não	72	78,3	77	83,7	149	81,0
Sim	20	21,7	15	16,3	35	19,0
Obesidade						
Não	83	90,2	82	89,1	165	89,7
Sim	9	9,8	10	10,9	19	10,3

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

4.3.3 Acessibilidade

Dos 183 usuários com resposta válida sobre se achava fácil conseguir um atendimento, 11,5% nunca acharam fácil, e 46,5% sempre acharam fácil. Não ocorreu diferença nas respostas segundo o modelo de atenção. A maioria dos entrevistados (62%) relatou muita dificuldade em conseguir uma consulta em 24 horas, e 95% em encontrar o posto aberto no final de semana; 60% relataram nunca encontrar o posto aberto após as 18h00 (Tabela 26).

Em relação ao agendamento, 71,4% relataram que sempre conseguiam agendar consulta por telefone, porém a maioria (74%) só o fazia com o posto aberto. Sessenta e oito por cento dos usuários relataram esperar mais de 30 minutos para uma consulta; 40% sempre deixaram de trabalhar para ir ao posto. A

metade dos usuários declarou sempre ter medicações no posto. Oitenta e cinco por cento relataram que sempre havia equipamentos. Destaca-se que foi encontrada diferença segundo o modelo de atenção nos usuários que relataram encontrar a unidade aberta após as 18h00: dos 134 usuários com resposta válida, 50 não sabiam ou não responderam, e mais usuários do PSF relataram que encontraram o posto aberto após as 18h00 (65%) ($\chi^2 = 7,18$; $p = 0,028$).

4.3.4 Porta de Entrada

Quase a totalidade dos usuários (90%) considerou a unidade como porta de entrada para controle de saúde e prevenção. Aproximadamente 60% utilizavam o serviço para resolver problemas de saúde geral, e 87% procuravam a unidade básica antes de procurar o médico especialista. Não ocorreu diferença significativa na distribuição das respostas segundo o modelo de atenção (Tabela 27).

4.3.5 Vínculo

Em relação ao vínculo, aproximadamente 70% dos usuários relataram que sempre foram atendidos pelo mesmo médico; 72% relataram que sempre tinham tempo de tirar as dúvidas com o profissional que os atendia; 83% consideraram que os profissionais de saúde compreendiam as suas perguntas e, aproximadamente, a mesma frequência respondia claramente. Apenas 6% dos profissionais não anotavam as consultas nos prontuários. Quase a totalidade dos usuários informou ao profissional a medicação que estava em uso; 60% dos usuários consideraram que nunca foram tratados como doentes; e 65,9% relataram serem tratados como seres humanos completos (Tabela 28).

4.3.6 Elenco de Serviços

Os usuários, aparentemente, reconheciam o serviço de atenção primária como espaço privilegiado de ações preventivas, apesar de alguns relatarem que ignoravam os tipos de serviços fornecidos pela UBS que frequentavam. As ações preventivas relativas à atenção à saúde de mulheres e de crianças foram relatadas pela maior parte dos usuários. As atividades de prevenção foram mais citadas, e as atividades de promoção da saúde, as menos citadas, em especial aquelas de educação em saúde.

Do elenco de serviços, as atividades preventivas citadas como "sempre" foram: 177 imunizações de crianças; 162 prevenções de CA de colo; 161 imunizações de adulto; 78 controles de doenças epidêmicas. Apenas 39 relataram que sempre esperavam encontrar atividades de prevenção de câncer de mama. Das atividades assistenciais programáticas, foram citadas com maior frequência:

- mulheres: pré-natal (155); planejamento familiar (117); atendimento à criança (166);

- adultos em geral: atendimento ao adulto (165); atendimento ao idoso (158); controle da HAS (160); pequenos ferimentos (139); atendimento odontológico (121); controle do diabete (129); atendimento de DST (69); programa de tuberculose (81); problema mental (61); doenças crônicas (61).

Das atividades de promoção a saúde, houve 103 atividades educativas de saúde bucal; 80 conselhos sobre atividade física; 75 conselhos sobre alimentação; 39 orientações sobre álcool e tabaco; 28 atividades educativas sobre violência doméstica; 27 atividades educativas sobre preparação higiênica dos alimentos; 24 atividades educativas sobre acidentes domésticos.

Foi observada diferença na distribuição das frequências relativas à percepção dos usuários em relação à oferta de atendimento odontológico e a problemas de saúde mental, quando comparados os modelos de atenção. Informaram esperar sempre encontrar atendimento odontológico 86,2% dos usuários do modelo não PSF e apenas 65% dos usuários do PSF ($p < 0,05$). A oferta de atendimento de saúde mental ocorreu "sempre", segundo o relato de 76,4% dos usuários PSF e de 46,1% dos usuários Não PSF ocorreu 46,1% ($p < 0,05$) (Tabela 29).

Tabela 26. Distribuição dos usuários entrevistados segundo acessibilidade e modelo de atenção. Ccidade de São Paulo, 2007.

Características de acessibilidade	Não PSF		PSF		Total		valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Fácil conseguir consulta*							
Nunca	10	10,9	11	12,1	21	11,5	
Às vezes	40	43,5	37	40,7	77	42,1	
Sempre	42	45,6	43	50,6	85	46,4	0,918
Consegue consulta 24 horas							
Nunca	56	62,9	55	61,8	111	60,2	
Às vezes	18	20,2	14	15,6	32	17,4	
Sempre	15	16,8	20	22,5	35	19,1	0,542
Posto aberto finais de semana							
Nunca	72	94,7	74	94,9	146	94,8	
Às vezes	0		3	3,8	3	1,9	
Sempre	4	5,3	1	1,3	1	1,3	0,091
Posto aberto após as 18h00							
Nunca	47	69,1	33	50,0	80	59,7	
Às vezes	5	7,3	3	4,5	8	6,0	
Sempre	16	23,4	30	45,4	46	34,3	0,028
Marca consulta por telefone							
Nunca	16	20,0	19	24,4	35	22,1	
Às vezes	4	5,0	6	7,7	10	6,2	
Sempre	60	53,1	53	67,9	113	71,5	0,587
Espera mais de 30 minutos							
Nunca	11	12,0	13	14,3	24	13,1	
Às vezes	15	16,3	19	20,9	34	18,6	
Sempre	66	71,7	59	64,7	125	68,2	0,599
Tinha remédio							
Nunca	9	10,2	6	6,7	15	8,5	
Às vezes	34	39,1	36	40,0	70	39,5	
Sempre	44	50,6	48	53,3	92	52,0	0,677
Deixou de trabalhar							
Nunca	38	41,3	41	45,1	79	43,2	
Às vezes	13	14,1	18	19,8	31	17,0	
Sempre	41	44,6	32	35,2	73	39,8	
Tinha equipamento							
Nunca	3	3,4	4	4,5	7	3,9	
Às vezes	7	7,9	8	9,0	15	8,3	
Sempre	79	88,8	77	86,5	156	87,5	0,889

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 27. Distribuição dos usuários entrevistados segundo porta de entrada e modelo de atenção. Cidade de São Paulo, 2007.

Características	AP		PSF		Total		valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Preventivo							
Nunca	2	2,2	2	2,2	4	2,2	
Às vezes	8	8,8	7	7,7	15	8,2	
Sempre	81	89,1	82	90,1	163	89,6	0,964
Problemas saúde UBS							
Nunca	22	23,8	16	17,6	38	20,9	
Às vezes	13	14,1	24	26,4	37	20,2	
Sempre	56	60,9	51	56,0	107	58,8	0,108
Procura para encaminhar especialista							
Nunca	7	7,95	10	11,36	17	9,66	
Às vezes	3	3,41	3	3,41	6	3,41	
Sempre	78	88,64	75	85,23	153	86,93	0,745

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 28. Distribuição dos usuários entrevistados segundo vínculo e modelo de assistência. Cidade de São Paulo, 2007.

Características	AP		PSF		TOTAL		valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Atendimento pelo mesmo profissional							
Nunca	7	7,7	6	6,6	13	7,1	
Às vezes	18	19,8	25	27,5	43	23,5	
Sempre	66	72,4	60	65,8	126	69,1	0,22
Dúvidas tratamento							
Nunca	12	13,5	11	12,5	23	13,0	
Às vezes	12	13,5	10	11,4	22	12,3	
Sempre	65	73,0	67	76,1	132	74,7	1,0
Tempo suficiente tirar dúvida							
Nunca	14	15,4	6	6,6	20	11,0	
Às vezes	16	17,6	14	15,4	30	16,5	
Sempre	61	67,0	71	78,0	132	72,5	0,12
Compreende perguntas							
Nunca	5	5,5	1	1,1	6	3,3	
Às vezes	10	11,0	13	14,1	23	12,5	
Sempre	76	83,4	77	84,5	153	84,1	0,21
Anota prontuário							
Nunca	8	8,7	3	3,4	11	6,0	
Às vezes	7	7,5	2	2,2	9	4,9	
Sempre	72	78,3	85	92,4	157	85,2	0,048
Trata como doente							
Nunca	53	57,5	55	61,8	108	59,7	
Às vezes	14	15,2	19	21,3	33	18,1	
Sempre	25	27,2	15	16,8	40	22,1	0,197
Trata como ser humano							
Nunca	20	21,6	15	16,6	35	19,3	
Às vezes	12	13,1	15	16,6	27	14,8	
Sempre	60	65,3	15	66,8	120	65,9	0,599

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 29. Distribuição dos usuários entrevistados segundo elenco de serviços e modelo de atenção. Cidade de São Paulo, 2007.

Elenco de serviços	PSF		NÃO PSF		TOTAL		valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Vacina adulto							
Nunca	2	2,3	0		2	1,2	
Às vezes	1	1,1	0		1	0,6	
Sempre	79	96,2	82	100,0	161	98,2	0,217
Vacina criança							
Nunca							
Às vezes	1	1,1	1	1,1	2	1,1	
Sempre	89	98,9	88	98,9	177	98,9	0,994
Atende criança							
Nunca	0	0	1	1,1	1	0,6	
Às vezes	7	7,7	8	8,8	15	8,2	
Sempre	84	92,3	82	90,1	166	91,2	0,580
Atende adulto							
Nunca	1	1,1	0		1	0,5	
Às vezes	8	8,7	8	8,9	16	8,8	
Sempre	83	90,2	82	91,1	165	90,7	0,611
Atende idoso							
Nunca	3	3,4	0		3	1,8	
Às vezes	4	4,6	4	4,8	8	4,6	
Sempre	78	91,6	80	95,2	158	93,5	0,221
Pré-natal							
Nunca	0	0	1	1,3	1	0,6	
Às vezes	1	1,3	1	1,3	2	1,3	
Sempre	78	98,7	77	97,5	155	98,1	0,605
Planejamento familiar							
Nunca	2	3,4	1	1,4	3	2,4	
Às vezes	3	5,3	3	4,3	6	4,8	
Sempre	52	91,3	65	94,2	117	92,9	0,726
Grupo planejamento							
Nunca	2	4,8	5	8,2	7	6,8	
Às vezes	1	2,4	0		1	1,0	
Sempre	39	92,8	56	91,8	95	92,2	0,389
Atende DST							
Nunca	4	11,1	9	19,1	13	15,7	
Às vezes	1	2,8	0	0	1	1,2	
Sempre	31	86,1	38	80,9	59	83,1	0,331
Programa TBC							
Nunca	6	15,8	6	10,2	12	12,4	
Às vezes	1	2,5	3	5,1	4	4,1	
Sempre	31	81,6	50	84,7	81	83,5	0,620
Controles de Doenças Epidêmicas							
Nunca	5	12,5	5	10,0	10	11,1	
Às vezes	0	0	2	4,0	2	2,2	
Sempre	35	87,5	43	86,0	78	86,7	0,421
Atende Doenças crônicas							
Nunca	9	20,4	12	29,3	21	24,7	
Às vezes	2	4,5	1	2,4	3	3,5	
Sempre	33	75,0	28	68,3	61	71,8	0,586
Controle Diabete							
Nunca	2	2,9	1	1,5	3	2,2	
Às vezes	1	1,4	1	1,5	2	1,5	
Sempre	66	95,6	63	97,0	129	96,3	0,868

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 29. Distribuição dos usuários entrevistados segundo elenco de serviços e modelo de atenção. Cidade de São Paulo, 2007. (continuação).

Elenco de serviços	PSF		NÃO PSF		TOTAL		valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Controle HAS							
Nunca	1	1,2	1	1,2	2	1,2	
Às vezes	1	1,2	2	2,5	3	1,8	
Sempre	82	97,6	78	96,3	160	97,0	0,827
Pequenos ferimentos							
Nunca	3	4,2	5	6,4	8	5,3	
Às vezes	1	1,4	2	5,6	3	2,0	
Sempre	68	94,4	71	91,0	139	92,7	0,719
Prevenção de CA de mama							
Nunca	2	7,1	3	18,7	5	11,4	
Às vezes	0		0				
Sempre	26	92,9	13	81,3	39	88,5	0,243
Prevenção CA colo							
Nunca			0				
Às vezes	2	2,4	3	3,5	5	3,0	
Sempre	82	97,6	80	96,5	162	97,0	0,640
Orienta álcool							
Nunca	11	36,7	14	38,8	25	37,9	
Às vezes	0	0	2	5,6	2	3,0	
Sempre	19	63,3	20	55,6	39	59,1	0,395
Problema mental							
Nunca	12	21,7	21	48,7	33	33,7	
Às vezes	1	1,7	2	4,6	3	3,1	
Sempre		76,4	20	46,4	62	38,3	0,010
Conselhos alimentos							
Nunca	14	31,1	11	19,3	25	24,5	
Às vezes	0	0	2	3,4	2	2,0	
Sempre	31	68,9	44	77,2	75	73,5	0,197
Conselhos atividade física							
Nunca	13	27,7	9	15,4	22	20,9	
Às vezes	1	2,0	2	3,4	3	2,9	
Sempre	33	70,1	47	81,2	80	76,2	0,304
Educação preparação higiênica alimentos							
Nunca	9	14,7	7	13,1	16	14,1	
Às vezes	1	1,5	0	0	1	0,9	
Sempre	12	19,7	15	28,3	27	23,7	0,45
Educação violência							
Nunca	20	58,8	22	61,1	42	60,0	
Às vezes			0	0			
Sempre	14	41,2	14	38,9	28	40,0	0,845
Educação acidentes domésticos							
Nunca	22	62,9	20	60,5	42	61,8	
Às vezes	1	2,9	1	3,1	2	2,8	
Sempre	12	34,3	12	36,4	24	35,3	0,982
Prevenção odontologia							
Nunca	13	18,2	20	28,7	33	23,2	
Às vezes	2	2,7	4	5,6	6	4,3	
Sempre	56	78,9	47	66,2	103	72,5	0,230
Atendimento odontologia							
Nunca	8	10,1	22	27,5	30	18,7	
Às vezes	3	3,7	6	7,5	9	5,5	
Sempre	69	86,2	52	65,0	121	75,5	0,007

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

4.3.6 Coordenação de serviços

O relacionamento do usuário com o profissional de saúde enquanto gestor de seu cuidado foi, em parte, analisada neste bloco. Dos 133 pacientes que tinham algum resultado de exame, a grande maioria (97%) foi informada sobre o resultado. Um pouco mais da metade dos usuários guardava seus exames em mãos, e 77% os traziam à consulta. Quase 90% dos usuários eram avisados em relação ao retorno para verificar os exames realizados. Quase a totalidade dos usuários trazia às consultas resultados de exames, relatórios para avaliação. A maioria (94,7%) dos usuários relatou que o profissional que os atendia sempre utilizava o prontuário (apenas um usuário relatou que o profissional nunca o havia utilizado). Quando questionados se poderiam ver o prontuário caso quisessem, 69 relataram que sim e 58 não sabiam responder a essa questão.

Das 78 mulheres que relataram, pelo menos, uma gestação na vida, 91% informaram ter recebido cartão de gestante. Todas as 15 mulheres que relataram estar grávidas no momento da entrevista receberam cartão de gestante. Apenas uma relatou que o profissional não solicitou o cartão durante o atendimento.

Dos 184 usuários, 64 já foram, pelo menos uma vez, encaminhados ao especialista. Desse total, 59,4% foram encaminhados pelo posto: 32 usuários discutiram com o profissional que encaminhou o local de atendimento, e o posto sempre ajudou no agendamento; 33 relataram que o posto fornece informações de seu caso para o especialista. Apenas 23 usuários receberam informação por escrito do especialista; 26 foram informados sobre os resultados dos exames do especialista no posto, e 26 usuários discutiram com o seu profissional do posto os resultados do especialista. Dezenove usuários relataram que os profissionais do posto estavam sempre interessados no resultado de sua consulta com o especialista (Tabela 30).

Em relação às diferenças observadas na coordenação do cuidado segundo o modelo de atenção, encontrou-se diferença significativa na possibilidade de o usuário ver o seu próprio prontuário e no encaminhamento para o especialista. Dos 64 usuários encaminhados, 44 eram de Não PSF; daqueles que sempre foram encaminhados pela UBS, 73,7% eram de unidade de usuários Não PSF. Em relação a poder ver o próprio prontuário, dos 69 que sempre viam, 62,3% eram do PSF.

a) Enfoque Familiar

Quando questionados sobre o enfoque familiar, os usuários declararam que apenas 18% dos profissionais abordavam questões relativas às suas condições de vida (Tabela 31). Porém, a frequência de usuários que relataram que os profissionais os questionavam a respeito de condições de saúde de seus familiares foi maior: 44,3%. Apenas 25,7% dos usuários relataram que os profissionais de saúde conheciam a sua família. Contraditoriamente, 75% dos usuários declararam que os profissionais do posto falariam com a sua família sobre o seu estado de saúde. Um quarto dos usuários relatou que os profissionais de saúde que os atendiam perguntavam a opinião deles sobre as condutas a tomar sobre a sua saúde. Ocorreu clara diferença nas respostas dos usuários segundo o modelo de atenção. Algumas diferenças observadas não foram, contudo, significativas.

Destaca-se que, em relação às condições de vida, 24,2% dos usuários do PSF relataram que os profissionais os questionaram; apenas 12% dos usuários Não PSF relataram que seus profissionais os questionaram. Ainda, relataram que os profissionais conheciam a sua família 32% dos usuários PSF e 20% dos usuários do Não PSF ($p = 0,029$).

b) Orientação Comunitária

Em relação à participação comunitária: 24% dos usuários sempre foram consultados pelo posto sobre se os serviços fornecidos atendiam às suas necessidades de saúde; 62% declararam que os profissionais da unidade conheciam os problemas da comunidade; e 22% relataram que a unidade solicitava representantes da comunidade. Mais da metade dos usuários não sabia se a sua unidade tinha alguma atuação na escola. Dos 78 que sabiam informar, apenas 40% relataram que a unidade desenvolvia atividades na escola.

Tabela 30. Distribuição dos usuários entrevistados segundo características da coordenação de serviços e modelo de assistência. Cidade de São Paulo, 2007.

Características	NÃO PSF		PSF		TOTAL		Valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Informado resultado exame							
Nunca	0		0		0		
Às vezes	3	4,6	1	1,5	4		
Sempre	63	95,4	66	98,5	129		0,300
Guarda resultado do exame em mãos							
Nunca	26	39,4	22	32,8	48	36,1	
Às vezes	6	9,1	3	4,5	9	6,8	
Sempre	34	51,5	42	62,7	76	57,1	0,338
Traz documentos, exames quando tem em mãos							
Nunca	8	20,0	10	22,7	18	21,4	
Às vezes	1	2,5	0	0,0	1	1,2	
Sempre	31	77,5	34	77,3	65	77,4	**0,556**
Avisado agendamento consulta retorno							
Nunca	10	14,7	2	3,0	12	8,9	
Às vezes	1	1,5	2	3,0	3	2,2	
Sempre	57	83,8	63	94,0	120	88,9	**0,051**
Quando vem traz documentos							
Nunca	2	2,4	1	1,2	3	1,8	
Às vezes	1	1,2	1	1,2	2	1,2	
Sempre	81	96,4	85	97,7	166	97,1	0,828
Prontuário atende sempre							
Nunca	1	1,2	0	0,0	1	0,6	
Às vezes	4	4,8	4	4,6	8	4,7	
Sempre	78	94,0	83	95,4	161	94,7	0,588
Se quer levar prontuário pode							
Nunca	31	50,8	21	32,3	52	41,3	
Às vezes	4	6,6	1	1,5	5	4,0	
Sempre	26	42,6	43	66,2	69	54,8	0,02
Cartão grávida							
Nunca	5	11,9	2	5,6	7	9,0	
Às vezes							
Sempre	37	88,1	34	94,4	71	91,0	0,328
Nessa gravidez traz cartão							
Sempre	6	100,0	9	100,0	15	100,0	
Profissional pede cartão							
Nunca	0	0,0	1	11,1	1	6,7	
Sempre	6	100,0	8	88,9	14	93,3	
Consulta especialista							
Não	48	52,2	71	78,0	119	65,0	
Sim	44	47,8	20	22,0	64	35,0	0,00
Encaminhamento especialista posto							
Nunca	16	36,4	9	45,0	25	39,1	
Às vezes	0		1	5,0	1	1,6	
Sempre	28	63,6	10	50,0	38	59,4	0,235
Discute local atende especialista							
Nunca	4	14,3	3	27,3	7	17,9	
Sempre	24	85,6	8	72,6	32	82,1	0,342

Tabela 30. Distribuição dos usuários entrevistados segundo características da coordenação de serviços e modelo de assistência. Cidade de São Paulo, 2007. (continuação).

Características	NÃO PSF		PSF		TOTAL		Valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Posto ajuda marcar especialista							
Nunca	4	14,3	1	9,1	5	12,8	
Às vezes	1	3,6	1	9,1	2	5,1	
Sempre	23	82,1	9	81,8	32	82,1	0,728
Posto fornece informação especialista							
Nunca	4	14,3	2	18,2	6	15,4	
Sempre	24	85,7	9	81,8	33	84,6	0,762
Retorna com as informações							
Nunca	11	42,3	1	9,1	12	32,4	
As vezes	2	7,7	0		2	5,4	
Sempre	13	50,0	10	90,9	23	62,2	0,062
Posto fornece informações por escrito							
Nunca	9	36,0	1	9,1	10	27,8	
Sempre	16	64,0	10	90,9	26	72,2	0,097
Discute resultado especialista							
Nunca	7	28,0	3	27,3	10	27,8	
Sempre	18	72,0	8	72,7	26	72,2	
Profissional interessado na qualidade dos especialistas							
Nunca	7	25,9	3	30,0	10	27,0	
Às vezes	6	22,2	2	20,0	8	21,6	
Sempre	14	51,9	5	50,0	19	51,4	0,97

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 31. Distribuição dos usuários entrevistados segundo características do enfoque familiar e modelo de atenção. Cidade de São Paulo, 2007.

Características	NÃO PSF		PSF		TOTAL		Valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Posto pergunta vida							
Nunca	77	83,7	64	70,3	141	77,1	
Às vezes	4	4,4	5	5,5	9	4,9	
Sempre	11	12,0	22	24,2	33	18,0	0,083
Pede informação de doenças da família							
Nunca	47	51,1	37	40,7	84	45,9	
Às vezes	10	10,9	8	8,8	18	9,8	
Sempre	35	38,0	46	50,6	81	44,3	0,234
Posto conhece família							
Nunca	66	71,7	48	52,8	114	62,3	
Às vezes	8	8,7	14	15,4	22	12,0	
Sempre	18	19,6	29	31,9	47	25,7	**0,029**
Falariam com a família							
Nunca	16	23,2	13	15,5	29	19,0	
Às vezes	6	8,7	3	3,6	9	5,9	
Sempre	47	68,1	68	81,0	115	75,2	0,156
Pergunta opinião							
Nunca	67	75,3	60	65,9	127	70,6	
Às vezes	3	3,4	4	4,4	7	3,9	
Sempre	18	20,2	27	29,7	45	25,0	

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Dos 92 que souberam relatar se existiam atividades da unidade com outros setores da sociedade, como igreja e escola, aproximadamente 40% relataram que sempre existia (Tabela 32).

Em relação às visitas domiciliares, 53% relataram que podem esperar por esse serviço. Também no enfoque familiar, ocorreu clara diferença nas frequências das respostas, segundo o modelo de atenção. Os usuários do PSF responderam que os profissionais de sua unidade sempre faziam visita domiciliar em frequência de 71%, enquanto que, dentre os usuários Não PSF, apenas 29% relataram que os profissionais faziam visitas (p = 0,000). A representação comunitária e as atividades na comunidade também foram mais frequentes nos relatos dos usuários do PSF, porém essas diferenças não foram significativas.

Tabela 32. Distribuição dos usuários entrevistados segundo orientação comunitária e modelo de atenção. Cidade de São Paulo, 2007.

Características	NÃO PSF		PSF		TOTAL		Valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Consultado se atende os seus problemas							
Nunca	67	72,8	61	67,8	128	70,3	
Às vezes	4	4,4	7	7,8	11	6,0	
Sempre	21	22,8	22	24,4	43	23,6	0,0577
Sabem problemas da comunidade							
Nunca	21	26,9	13	17,1	34	22,1	
Às vezes	15	19,2	9	11,8	24	15,6	
Sempre	42	53,9	54	71,1	96	62,3	0,088
Representantes do conselho							
Nunca	59	79,7	50	64,1	109	71,7	
Às vezes	4	5,4	5	6,4	9	5,9	
Sempre	11	14,9	23	29,5	34		0,083
Oferece saúde na escola							
Nunca	22	64,7	22	50,0	44	56,4	
Às vezes	1	2,9	2	4,6	3	3,9	
Sempre	11	32,4	20	45,5	31	39,7	0,429
Faz visita domiciliar							
Nunca	42	62,7	5	5,6	47	29,9	
As vezes	6	9,0	21	23,3	27	17,2	
Sempre	19	28,4	64	71,1	83	52,9	0,000
Posto trabalha escola, igreja							
Nunca	29	67,4	20	40,8	49	53,3	
Às vezes	3	7,0	4	8,2	7	7,6	
Sempre	11	25,6	25	51,0	36	39,1	0,032

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

c) Profissionais de Saúde

A grande maioria (94,5%) dos usuários relatou que, quando iam ao posto, havia sempre pelo menos um médico trabalhando; apenas um usuário relatou que isso nunca acontecia. A mesma frequência de respostas foi obtida em relação às enfermeiras (Tabela 33). Quando foram questionados sobre se recomendariam a unidade para um conhecido ou amigo, 76% referiram que sempre recomendariam a unidade que utilizavam. Quando questionados sobre se os profissionais da unidade resolveriam os seus problemas de saúde, 54% responderam que sempre, mas 13% responderam que nunca resolveriam. Poucos usuários, apenas 68, recomendariam o posto para terapias alternativas como a homeopatia. Quando questionados sobre a participação dos profissionais nas atividades da comunidade em geral, novamente 55 usuários não sabiam responder. Daqueles que sabiam responder, 40% relataram que existia participação do profissional nas atividades da comunidade. Todos os usuários do

PSF e 94% dos usuários das unidades Não PSF relataram que a enfermeira sempre estava presente na unidade (p = 0,02). Oitenta e dois por cento dos usuários do modelo Não PSF e 70% dos usuários do PSF recomendariam a unidade do PSF, mas essa diferença não foi significativa (p = 0,070). Segundo os usuários, a frequência de participação dos profissionais do PSF nas atividades na comunidade foi de 51,5%, enquanto que a frequência de participação dos profissionais Não PSF foi de apenas 31% (p = 0,036).

Tabela 33. Distribuição dos usuários entrevistados segundo características dos profissionais e modelo de atenção. Cidade de São Paulo, 2007.

Características	NÃO PSF		PSF		TOTAL		Valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Tinha pelo menos um médico							
Nunca	1	1,1	0	0,0	1	0,6	
Às vezes	4	4,4	5	5,6	9	5,0	
Sempre	86	94,5	85	94,4	171	94,5	0,574
Tinha pelo menos um enfermeiro							
Nunca							
Às vezes	5	5,7	0	0,0	5	2,8	
Sempre	83	94,3	91	100,0	174	97,2	0,021
Você recomendaria esse posto							
Nunca	13	14,1	17	18,7	30	16,4	
Às vezes	3	3,3	10	11,0	13	7,1	
Sempre	76	82,6	64	70,3	140	76,5	0,070
Recomendaria para homeopatia							
Nunca	52	61,2	44	53,7	96	57,5	
Às vezes	1	1,2	2	2,4	3	1,8	
Sempre	32	37,7	36	43,9	68	40,7	0,554
Profissional do posto resolve							
Nunca	13	14,4	10	11,1	23	12,7	
Às vezes	28	31,1	32	35,6	60	33,2	
Sempre	49	54,4	48	53,3	97	53,9	0,716
Profissional participa comunidade							
Nunca	38	62,3	27	39,7	65	50,4	
Às vezes	4	6,6	6	8,8	10	7,8	
Sempre	19	31,2	35	51,5	54	41,9	0,036

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

d) Análise segundo o Modelo da Unidade de Saúde

Dos 184 entrevistados, 60 eram de AP, 64 de MISTAS e 60 de PSF. A análise segundo o modelo da unidade está apresentada a seguir. Na Tabela 34, pode-se observar que 51% dos usuários de unidades tipo PSF relataram encontrar unidade aberta após as 18h00, frequência essa significativamente maior do que os 34% e 19% observados nas MISTAS e nas AP (p = 0,032).

Em relação à anotação no prontuário (Tabela 35), não foi observada diferença significativa (p = 0,07) segundo o tipo de unidade: consideraram que nunca foram tratados como doentes 69% dos usuários de MISTAS, 57% dos usuários de AP, e 52% dos usuários de PSF (Tabela 35).

A Tabela 36 apresenta a distribuição do elenco de serviços, segundo o tipo de unidade. Encontrou-se a mesma diferença que ocorreu em relação à oferta de atendimento de saúde bucal segundo o modelo de atenção: esperavam encontrar esse atendimento 57% dos usuários da unidade de PSF, 83% dos usuários de MISTAS e 84% de AP (p = 0,003).

A Tabela 37 apresenta a distribuição dos usuários em relação aos seus relatos sobre coordenação segundo o tipo de unidade. Destaca-se a manutenção de diferença significativa entre os tipos de unidades

Tabela 34. Distribuição de características de acesso do usuário entrevistado segundo o modelo da unidade. Cidade de São Paulo, 2007.

Acesso	MISTAS		PSF		AP		Valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Unidade aberta após as 18h00							
Nunca	29	58,0	19	46,3	32	74,4	
Às vezes	4	8,0	1	2,4	3	7,0	
Sempre	17	34,0	21	51,2	8	18,6	0,032

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 35. Distribuição de características de vínculo do usuário entrevistado segundo o modelo da unidade. Cidade de São Paulo, 2007.

Vínculo	MISTAS		PSF		AP		Valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Mesmo profissional que atende							
Nunca	2	3,1	4	6,9	7	11,7	
Às vezes	14	21,9	17	29,3	12	20,0	
Sempre	48	75,0	37	63,8	41	68,3	0,293
Tempo suficiente para tirar dúvidas							
Nunca	5	7,8	4	6,9	11	18,3	
Às vezes	9	14,1	10	17,2	11	18,3	
Sempre	50	78,1	44	75,9	38	63,3	0,21
Tratam como doente							
Nunca	44	68,8	29	51,8	35	57,4	
Às vezes	9	14,1	16	28,6	8	13,1	
Sempre	11	17,2	11	19,6	18	29,5	0,07
Anotam no prontuário							
Nunca	2	3,1	3	5,3	6	10,7	
Às vezes	3	4,7	1	1,8	5	8,9	
Sempre	59	92,2	53	93,0	45	80,4	0,17

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 36. Distribuição de características de elenco de serviços dos usuários entrevistados segundo o modelo da unidade. Cidade de São Paulo, 2007.

Elenco	MISTAS		PSF		AP		Valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Problema de saúde mental							
Nunca	5	15,6	17	68,0	11	26,8	
Às vezes	2	6,3	1	4,0	0	0,0	
Sempre	25	78,1	7	28,0	30	73,2	0,000
Atendimento de odontologia							
Nunca	5	9,4	18	36,7	7	12,1	
Às vezes	4	7,6	3	6,1	2	3,5	
Sempre	44	83,0	28	57,1	49	84,5	0,003

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 37. Distribuição das características da coordenação de serviços segundo o relato dos usuários por modelo da unidade. Cidade de São Paulo, 2007.

Coordenação	MISTAS		PSF		AP		Valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Informado resultado exame							
Nunca							
Às vezes	1	2,1	1	2,6	2	4,4	
Sempre	47	97,9	38	97,4	44	95,7	0,798
Avisa agendamento retorno exames							
Nunca	3	6,0	2	5,1	7	15,2	
Às vezes	0	0,0	2	5,1	1	2,2	
Sempre	47	94,0	35	89,7	38	82,6	0,19
Consulta especialista							
Não	36	56,3	49	84,5	34	55,7	
Sim	28	43,8	9	15,5	27	44,3	0,001
Se quer ver o prontuário							
Nunca	15	33,3	14	35,9	23	54,8	
Às vezes	1	2,2	1	2,6	3	7,1	
Sempre	29	64,4	24	61,5	16	38,1	0,105

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

em relação ao encaminhamento ao especialista: dos usuários de PSF, apenas 15% foram encaminhados para especialistas.

As diferenças observadas em relação ao enfoque familiar segundo o tipo de unidade não foram significativas. Em relação à orientação comunitária, destacou-se que os usuários de AP dificilmente relataram a ocorrência de visita domiciliar (Tabela 38).

A Tabela 39 apresenta a distribuição segundo as características dos profissionais de saúde e o modelo da unidade. Nas PSF, os usuários relataram que sempre havia, pelo menos, uma enfermeira na unidade. Porém, apenas 41,4% dos usuários de PSF acreditavam que os profissionais poderiam resolver seus problemas de saúde. É importante destacar que apenas 33% dos usuários de unidades de AP desenvolviam atividades na comunidade. Não foram observadas diferenças significativas em relação às as características dos profissionais nos diferentes modelos de unidade de atenção.

Segundo as percepções dos usuários, observaram-se mais diferenças nos critérios analisados de acordo com o modelo de atenção do que em relação ao tipo de unidade (Quadro 5). Não foi observada nenhuma diferença segundo o modelo da unidade que não tenha ocorrido segundo a modelo de atenção, PSF ou Não PSF.

4.4 Triangulação das percepções dos sujeitos da Atenção Básica à Saúde de São Paulo

4.4.1 Integralidade Horizontal

a) Acessibilidade

Vários fatores interferem na acessibilidade aos serviços: localização da unidade, topografia do terreno, tamanho e planta física. Outros fatores também são importantes e foram captados: a existência de uma importante demanda reprimida para o atendimento na própria unidade (a marcação de consultas demora em algumas delas até dois meses e, em outras, até três meses).

Podem-se levantar algumas hipóteses para explicar a demanda reprimida na Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo: a primeira delas é que não

Tabela 38. Distribuição das características do enfoque familiar segundo o relato dos usuários por modelo da unidade. Cidade de São Paulo, 2007.

Enfoque familiar	MISTAS		PSF		AP		Valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Posto pergunta vida							
Nunca	44	68,8	45	77,6	52	85,3	
Às vezes	5	7,8	1	1,7	3	4,9	
Sempre	15	23,4	12	20,7	6	9,8	0,139
Pede informação da família							
Nunca	22	34,4	28	48,3	34	55,7	
Às vezes	6	9,4	4	6,9	8	13,1	
Sempre	36	56,3	26	44,8	19	31,2	0,06
Posto conhece família							
Nunca	38	59,4	33	56,9	43	70,5	
Às vezes	8	12,5	9	15,5	5	8,2	
Sempre	18	28,1	16	27,6	13	21,3	0,55
Falar problema de saúde para família							
Nunca	8	16,3	9	16,7	12	24,0	
Às vezes	2	4,1	3	5,6	4	8,0	
Sempre	39	79,6	42	77,8	34	68,0	0,703
Perguntam opinião sobre tratamento							
Nunca	42	66,7	41	70,7	44	75,9	
Às vezes	3	4,8	3	5,2	1	1,7	
Sempre	18	28,6	14	24,1	13	22,4	0,75
Consultado sobre a unidade							
Nunca	45	70,3	42	73,7	41	67,2	
Às vezes	5	7,8	3	5,3	3	4,9	
Sempre	14	21,9	12	21,1	17	27,9	0,844
Sabem problema da comunidade							
Nunca	9	16,4	10	21,3	15	28,9	
Às vezes	7	12,7	6	12,8	11	21,2	
Sempre	39	70,9	31	66,0	26	50,0	0,24
Pedem representante para conselho							
Nunca	41	70,7	31	66,0	37	78,7	
Às vezes	5	8,6	2	4,3	2	4,3	
Sempre	12	20,7	14	29,8	8	17,0	0,473
Oferece saúde na escola							
Nunca	10	41,7	16	53,3	18	75,0	
Às vezes	2	8,3	1	3,3	0	0,0	
Sempre	12	50,0	13	43,3	6	25,0	0,153
Faz visita domiciliar							
Nunca	8	14,0	3	5,3	36	83,7	
Às vezes	9	15,8	14	24,6	4	9,3	
Sempre	40	70,2	40	70,2	3	7,0	0,0001
Posto trabalha escola, igreja							
Nunca	13	44,8	14	45,2	22	68,8	
Às vezes	4	13,8	3	9,7	0	0,0	
Sempre	12	41,4	14	45,2	10	31,3	0,13

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Tabela 39. Distribuição das características dos profissionais segundo o relato dos usuários por modelo de unidade. Cidade de São Paulo, 2007.

Profissionais	MISTAS		PSF		AP		Valor de "p"
	n	%	n	%	n	%	
Pelo menos um enfermeiro							
Nunca	0		0		0		
Às vezes	2	3,2	0	0,0	3	5,2	
Sempre	61	96,8	58	100,0	55	94,8	0,23
Recomendaria o posto							
Nunca	5	7,8	14	24,1	11	18,0	
Às vezes	5	7,8	6	10,3	2	3,3	
Sempre	54	84,4	38	65,5	48	78,7	0,068
Profissionais resolvem os problemas de saúde							
Nunca	5	8,1	9	15,5	9	15,0	
Às vezes	16	25,8	25	43,1	19	31,7	
Sempre	41	66,1	24	41,4	32	53,3	0,098
Profissionais participam de atividades na comunidade							
Nunca	21	46,7	17	43,6	27	60,0	
Às vezes	2	4,4	5	12,8	3	6,7	
Sempre	22	48,9	17	43,6	15	33,3	0,326

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

Quadro 5. Síntese da percepção dos usuários segundo os critérios analisados. Cidade de São Paulo, 2007.

Critérios	Variáveis	PSF	NÃO PSF		PSF	MISTAS	AP	
ACESSO	**Maior acesso após as 18h00**	**45%**	**23%**	**S**	**51%**	**34%**	**19%**	**S**
PORTA DE ENTRADA	SD	SD	SD		SD	SD	SD	
VÍNCULO	Tratar como doente	17%	27%	NS	20%	17%	29%	NS
	Anota prontuário	**92%**	**78%**	**S**	93%	92%	80%	NS
ELENCO DE SERVIÇOS	**Saúde mental**	**46%**	**76%**	**S**	**28%**	**78%**	**73%**	**S**
	Saúde Bucal	**65%**	**86%**	**S**	**57%**	**83%**	**84%**	**S**
COORDENAÇÃO	Aviso agendamento consulta retorno	94%	83%	NS	90%	94%	83%	NS
	Quer ver prontuário	**66%**	**42%**	**S**	61%	64%	38%	NS
	Já consulta especialista	**22%**	**48%**	**S**	**15%**	**44%**	**44%**	**S**
ENFOQUE FAMILIAR	Pergunta Vida	24%	12%	NS	21%	23%	10%	NS
	Pede informações doenças família	51%	38%	NS	45%	56%	31%	NS
	Posto conhece família	**32%**	**20%**	**S**	28%	28%	21%	NS
	Falariam com a família	81%	68%	NS	78%	80%	68%	NS
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA	Consultado se atende os seus problemas	24%	23%	NS	21%	22%	27%	NS
	Sabem problemas da comunidade	71%	54%	NS	66%	71%	50%	NS
	Representantes do conselho	29%	15%	NS	30%	21%	17%	NS
PROFISSIONAIS	**Realiza visita domiciliar**	**71%**	**28%**	**S**	**70%**	**70%**	**7%**	**S**
	Posto trabalha igreja, escola etc.	**51%**	**26%**	**S**	45%	41%	31%	NS
	Pelo menos um enfermeiro trabalhando	**100%**	**94%**	**S**	100%	97%	95%	NS
	Recomendaria esse posto	70%	83%	NS	65%	84%	79%	NS
	Profissionais resolvem problemas de saúde	53%	54%	NS	41%	66%	53%	NS
	Profissionais participam atividades comunidade	**51%**	**31%**	**S**	44%	49%	33%	NS

Fonte: Dados primários colhidos pelo CEALAG para esta pesquisa (2007-2008).

houve grande expansão da rede de serviços com a municipalização da rede de nível estadual nem com a implantação do PSF: em geral a SMS/SP usou as mesmas unidades, instalando ali os dois modelos, Ação Programática ou Saúde da Família, na última década, sem construir novos equipamentos. Mesmo tendo chegado à implantação de 1.008 equipes de Saúde da Família, esse montante não chega a cobrir 25% da população, com variações entre as regiões.

Outras razões foram apontadas pela gerência para esse aumento da demanda nas Unidades Básicas de Saúde: a piora das condições de vida, o desemprego ou a inserção de pessoas apenas no mercado informal de trabalho, sem proteção previdenciária ou acesso ao Sistema Suplementar de Saúde, e as mudanças demográficas, com envelhecimento da população acompanhado de perda do poder aquisitivo ou exclusão do Sistema de Proteção Social vigente no país.

Outra observação importante é que a instalação das AMA – Assistência Médica Ambulatorial pela SMS, avaliada no início como possibilidade de propiciar atendimento para as necessidades imediatas da população, ou como um equipamento que captaria parte da clientela da Atenção Básica. Em qualquer dos modelos, isso não vinha ocorrendo, talvez até porque o número de AMA ainda fosse pequeno e não existisse em todos os distritos.

As sistemáticas de marcação de consultas têm influenciado no acesso dessa demanda reprimida: se fosse aberta diariamente, a população acabaria indo também diariamente à UBS; quando o agendamento era realizado uma vez por mês, a demanda diária na unidade podia diminuir, mas isso não significava que o acesso fosse garantido. O uso de um sistema informatizado de marcação de consultas, se, de um lado, facilitou consultas, o acesso, por outro lado, quando apresentava problemas, "o sistema caiu", como informou a recepção da unidade, ele se tornava uma tecnologia restritiva. A exigência da apresentação do cartão SUS para a marcação de consultas também vinha sendo um fator que criava dificuldades: se o usuário não o tinha, era preciso confeccioná-lo ali na hora, atrasando o atendimento e aumentando as filas.

As unidades, segundo suas gerências, forneciam medicamentos não só para sua clientela adstrita, mas também para usuários de outras unidades, ou até usuários de planos de saúde, o que, por vezes, levava a crises episódicas de desabastecimento, dificultando a garantia dos medicamentos aos usuários locais.

As respostas das MISTAS referentes ao acesso tinham um duplo sentido, ou seja, em parte refletiam uma percepção de que o modelo fornecia os requisitos necessários para o atendimento, como era o caso dos medicamentos e equipamentos. Em outros itens investigados se percebeu que havia certa conformidade em relação a determinados obstáculos ao acesso, como, por exemplo, a não abertura para atendimento além das 18h00, e a demora de mais de 30 minutos para iniciar a consulta. As unidades com equipes de PSF apresentaram desempenho mais favorável em todos os quesitos, principalmente as PSF.

De todos os usuários, 46% acharam sempre fácil conseguir um atendimento, 20% sempre conseguiam consulta em 24 horas, mas 60% nunca conseguiam assistência médica em 24 horas. A demora para conseguir um agendamento de consulta foi o item mais citado nas questões abertas. Não ocorreram diferenças segundo o modelo de organização da unidade. Esses resultados apontaram para as dificuldades de acesso rápido aos serviços de Atenção Primária. Essa dificuldade de acesso percebida pelo usuário pode impactar negativamente a sua avaliação sobre serviço, em especial no que diz respeito à resolução de queixas agudas ou subagudas. É interessante destacar que uma variável relativa à acessibilidade, que foi a possibilidade de encontrar a unidade aberta após as 18h00, ocorreu mais nas unidades PSF; provavelmente as unidades PSF estão organizadas para propiciar maior maleabilidade de horário do que as unidades do modelo de Ação Programática.

b) Acolhimento

Na percepção da gerência e dos próprios pesquisadores, a demanda reprimida gerava tensão muito grande na recepção da unidade, especialmente entre os funcionários. Mesmo para o Acolhimento, as filas se formavam várias vezes ao dia, e a postura dos funcionários era diferenciada: para os pesquisadores, funcionários mais antigos e experientes conseguiam estabelecer melhor comunicação com os usuários

nesse momento, enquanto os mais novos tendiam a concentrar sua atenção mais no equipamento de informática do que na interlocução verbal e pessoal com os usuários. Outro aspecto que não foi discutido com a gerência, mas que pode ser um fator de diferenciação no atendimento, diz respeito à origem do funcionário: a Administração Municipal em Saúde ou a Administração Estadual em Saúde, os denominados "municipalizados". No entanto, como essa questão não foi levantada na pesquisa, não se pode saber se havia diferenças e de que tipo.

c) Porta de Entrada

Na percepção dos profissionais de saúde, não havia variação significativa entre os modelos de serviços, e todos entendiam que as unidades funcionavam, praticamente sempre, como porta de entrada ao sistema.

Ficou evidente que os usuários reconheciam a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada para as ações preventivas: 90% dos usuários apresentaram esse relato. A Atenção Primária como porta de entrada ao Sistema de Saúde também era percebida por 87% dos usuários: sabiam que era necessário procurar uma Unidade Básica primeiro para, então, conseguir consultas com especialistas. No entanto, a resolutividade da Unidade de Atenção Primária para os usuários era apenas de 60%.

Nos comentários dos usuários sobre o relacionamento com a unidade, questão aberta, ocorreu referência muito frequente a problemas com os funcionários *"sem educação"*, especialmente os que atendem no Acolhimento e Recepção.

d) Vínculo

Nas unidades organizadas exclusivamente no modelo PSF, o desenvolvimento do vínculo entre os profissionais e os usuários foi mais visível, porque eram atendidos sempre pelos mesmos profissionais, o que, por sua vez, parecia diminuir o estresse, os conflitos e a pressão sobre a Recepção. Para os usuários do PSF, as consultas na unidade e fora dela eram agendadas pessoalmente pelos Agentes; não se usava o telefone; o relacionamento era informal, não distante, o que parecia repercutir nas relações também mais amistosas entre os próprios usuários, quando se encontravam na sala de espera. Investiam em uma organização prévia para que os usuários não enfrentassem filas, mesmo os não agendados ou os que chegavam pela primeira vez à unidade. Houve poucas reclamações dos usuários e pouca rotatividade entre os Agentes Comunitários.

No modelo de AP, percebeu-se o distanciamento entre funcionários e usuários; vínculos eram estabelecidos apenas em alguns projetos especiais na área de Saúde Mental ou, então, dependiam das características pessoais dos funcionários, e os usuários procuravam sempre pelos que os atendiam melhor ou já os conheciam pessoalmente. Em outra unidade AP, o vínculo se desenvolvia mais entre a enfermagem e os usuários do que entre os médicos e os usuários, porque eles rodiziavam, especialmente os médicos mais novos.

Nas unidades MISTAS, percebeu-se claramente que não havia um vínculo desenvolvido entre profissionais e usuários, embora a recepção procurasse garantir que o usuário retornasse sempre para o mesmo médico, mesmo no modelo AP. Em uma dessas unidades, como havia ensino de medicina, o vínculo era afetado pelo rodízio dos estudantes, apesar de a unidade reforçar a importância do vínculo do paciente com o seu médico.

Nas Equipes de Saúde da Família, esse vínculo era mais forte, especialmente das famílias com o Agente. E na outra unidade mista, o atendimento médico era rápido, mas parece ser compensado pela realização de pós-consultas com a educadora em saúde: a questão do vínculo não era muito discutida nem parecia preocupar muito a gerência e os funcionários, diante de um clima mais informal de funcionamento da unidade.

Os profissionais de todos os modelos responderam de forma favorável à maioria dos itens que refletiam vínculo com os usuários. Alguns itens mereceram destaque e foram eles: a existência de população adscrita, a possibilidade de sanar dúvidas com o mesmo profissional após o primeiro atendimento, e a existência de tempo suficiente para as consultas.

A existência de população adscrita foi referida por todos; entretanto, é sabido que a responsabilidade pela cobertura a essa população é diferente entre as

unidades, mas o estudo não se propôs a esclarecer esse tema.

A possibilidade de sanar dúvidas com o mesmo profissional após o primeiro atendimento, o que indicaria o grau de preocupação das equipes em fortalecer vínculos com os usuários e garantir continuidade nas práticas, apresentou o pior desempenho a partir das respostas dos profissionais. O melhor desempenho foi apontado pelos profissionais das PSF.

Outro item que indicaria possibilidade de estreitar vínculos era a existência de tempo suficiente para consulta, que só apresentou frequência acima da mediana nas respostas dos profissionais das MISTAS. Destaca-se que não foram os profissionais das PSF os que apresentaram melhor desempenho; foram os das MISTAS que sempre estiveram em posição intermediária em relação às PSF e às AP. Apesar de os modelos apresentarem diferenças segundo as variáveis relacionadas ao vínculo, a variável que apresentou diferença na distribuição foi a anotação no prontuário pelo profissional que atendia: 92% dos usuários do PSF relataram que os profissionais anotavam no prontuário, e 78% do modelo AP. Ao analisar o vínculo por tipo de unidade, observou-se diferença de distribuição relativa à questão sobre se o paciente se sentia tratado como doente: 69% dos usuários de unidades MISTAS nunca se sentiram tratados como doentes, 52% dos usuários de PSF e 57% dos usuários de unidades de AP; essa diferença não foi significativa (p = 0,07).

e) Enfoque Familiar

O enfoque familiar foi mais ressaltado nas unidades PSF, especialmente por terem prontuário familiar, embora fossem mais bem preenchidos por essas equipes do que por outras; em algumas, houve ênfase da gerência sobre o registro no prontuário; nas discussões em equipe, o enfoque familiar era ressaltado no dia a dia. Nas unidades de AP esse enfoque não foi enfatizado; os prontuários eram individuais: houve exceções quando as equipes se reuniam para discutir alguns casos (porque ocorria apenas em certas situações, como nos casos de Tuberculose, quando buscavam orientar a família, ou na atenção a criança, no relatório do Assistente Social, ou em grupos educativos para os adolescentes).

Nas unidades MISTAS, o enfoque familiar ficava evidente na atuação das equipes do PSF, especialmente na atuação dos Agentes. Mas, nas equipes implantadas a partir do modelo AP, esse enfoque, quando existia, era pontual, embora se observassem esforços de algumas gerências para integrar os dois modelos e incentivar abordagens às famílias também entre os profissionais que trabalhavam no modelo AP, com resultados insuficientes.

As unidades que possuíam equipes de PSF, e em particular as PSF, tenderam a apresentar as respostas dos profissionais mais favoráveis à existência de orientação familiar, com base em todos os itens investigados, ainda que apenas para a existência de prontuário familiar se tenham encontrado diferenças significativas. Deve-se destacar que as respostas mais favoráveis à existência de uma preocupação com o enfoque familiar não foram tão elevadas em quase todos os itens, oscilando em torno de 60%. O enfoque familiar apresenta várias diferenças segundo os modelos de assistência e tipo de unidade; porém, apenas a diferença na distribuição do conhecimento da família segundo o modelo de assistência foi significativa. Encontraram-se 20% dos usuários em que o posto conhece a família no modelo AP, e 32% no modelo PSF (p = 0,02).

f) Elenco de Serviços

Em relação ao elenco de serviços, a variação entre os modelos de organização se concentrou na oferta de orientações educativas, ainda que tais atividades fossem pouco oferecidas em todas as unidades. Ocorreram diferenças também em alguns tipos de tratamentos, como nos casos de DST, tuberculose, diabete, hipertensão arterial e para idosos; todos com predomínio das unidades PSF em comparação com as AP. As unidades de AP, por sua vez, predominaram no atendimento odontológico e de saúde mental. Em elenco de serviços, ficou clara a ausência de saúde mental e bucal no modelo de assistência PSF. Essa diferença ficava mais evidente quando se avaliava a unidade tipo PSF pura, que apresentou a maior carência desses serviços: apenas 28% relataram acesso a serviços de saúde mental e 57% a serviços de saúde bucal.

g) Fluxo e Coordenação

A organização interna da unidade (divisão de atividades, de funcionários por tarefas, dias da semana, reuniões periódicas) mostrou-se importante para melhorar o fluxo no interior da unidade e dependia da maneira como a gerência executava as tarefas de coordenação. Muitos gerentes referiram que os problemas mais importantes para a gerência eram os referentes aos recursos humanos (capacitação, desvio de função, experiência etc.). Em determinadas unidades, o fluxo não parecia muito claro, nem foi exposto mais claramente, e, em outras, parecia haver "vários fluxos", dependendo das necessidades, demandas e experiências dos usuários com a dinâmica da unidade (algumas gerências se queixaram e se ressentiam de adaptação maior dos recursos humanos).

Nas unidades MISTAS, ficou claro que cada modelo ocupava espaço físico diferente na unidade, com fluxos próprios para o atendimento de usuários em cada modelo. O esforço de coordenação das gerências tinha sido no sentido de integrar os dois modelos, proporcionar trocas de experiências e definir algumas atividades que pudessem ser executadas por ambas as equipes. Esses esforços, em algumas unidades, deram resultados melhores; em outras, não.

h) Coordenação Horizontal

Em relação à Integração Programática, ou no interior das unidades de AP, a maioria das respostas foi altamente favorável à existência dos dispositivos questionados. Alguns itens tiveram respostas favoráveis com frequências mais intermediárias, em torno de 60%, como: agendamento para ver resultados de exames, existência de supervisão para avaliar necessidade de referências para especialidades, e auditoria de prontuários. Considerando que esses itens são altamente reveladores da existência de uma racionalidade voltada para a integração e para a continuidade das práticas, uma avaliação apenas mediana deve comprometer o desempenho dessa categoria na análise.

Os profissionais das PSF apresentaram respostas mais favoráveis em relação a todos os itens, ainda que não tenham havido diferenças significativas em comparação com os profissionais dos demais modelos.

A coordenação de serviços apresentou diferenças principalmente em relação ao encaminhamento dos usuários ao especialista. Chamou atenção que o encaminhamento ao especialista dos usuários de PSF era muito menos frequente: apenas 15% dos usuários de unidades PSF foram encaminhados para especialista. Isso pode refletir, em parte, maior resolutividade desses serviços, ou carência de serviços de regulação bem estruturados nessas unidades.

4.4.2 Integralidade Vertical

a) Encaminhamentos

Os problemas de referência e contrarreferência foram semelhantes para as UBS, independentemente do modelo sob o qual estão organizadas, pois diziam respeito às dificuldades de marcação de consultas especializadas e exames complementares, bem como ao absenteísmo dos usuários, dado o tempo de espera para marcação dessas consultas / exames, e à contrarreferência que era muito precária: os serviços de maior complexidade não mandavam informações precisas que orientassem a UBS ou devolviam os casos sem resolvê-los. Já as AMA estavam representando aumento significativo de demanda para a farmácia das UBS, pois as pessoas que lá eram atendidas iam buscar a medicação nas unidades mais próximas, o que levava ao desabastecimento. Apontaram as dificuldades maiores para algumas especialidades tais como: ortopedia, dermatologia, oftalmologia e para ultrassonografia. Outro aspecto importante: o encaminhamento acabava sendo agendado onde houvesse vaga para aquela especialidade ou exame, em qualquer região da cidade, e não nas proximidades da unidade. A Regulação, mesmo que funcionasse, provocava perda das relações pessoais.

b) Coordenação Vertical

A integração entre os vários níveis do sistema apresentou respostas que refletiram uma avaliação positiva com frequências acima de 80% para todas as unidades, nos itens sobre a existência de normas. Nos itens que refletiam a dinâmica dessas atividades entre os níveis de assistência, as avaliações não foram tão

favoráveis, como: discutir os encaminhamentos com os usuários e receber informações por escrito dos especialistas. O retorno das informações por escrito foi o item com piores resultados para todas as unidades, mas principalmente nas PSF; por outro lado, as AP apresentaram as maiores frequências de respostas favoráveis.

A respeito desse item, refletir um baixo compromisso das unidades de referência com a continuidade da atenção à saúde, pôde-se verificar que as PSF tinham melhor resultado nessa relação, podendo significar: 1. que as AP são mais tradicionais no sistema, têm médicos mais especializados e, portanto, mais valorizados; 2. que as PSF não possuem especialistas, são mais novas no sistema e, portanto, menos valorizadas.

c) Relações das unidades com a Supervisão / Coordenação regional da SMS/PMSP

Parece que varia mais de acordo com a localização da unidade, se na área Central ou na região Norte da cidade. As relações eram mais constantes e avaliadas como positivas para as gerências das unidades de AP ou PSF da região Norte, independentemente dos dois modelos sob as quais foram organizadas. Havia uma sensação entre os gerentes das unidades da área central da cidade de que a SMS priorizava as unidades localizadas em regiões periféricas quando da reposição de pessoal, não considerando as unidades da região Central e as novas necessidades dos segmentos da população que residia nessa área. Mas apareceram, também, queixas das gerências de que muitas vezes as reuniões com as supervisões acabavam girando em torno de problemas imediatos, sem discussão dos projetos mais amplos para a saúde, e que a estruturação da SMS em Coordenadorias e Supervisões deixou a estrutura mais centralizada: as decisões acabavam ocorrendo só em nível da própria SMS, sem autonomia e poder dos níveis intermediários da estrutura.

d) Relações com as Parceiras

As relações de parceria da SMS com instituições de ensino e assistência da cidade foram estabelecidas para a implantação do PSF. Portanto, só existiam para as PSF e MISTAS. Eram parceiros diferentes, as relações não eram próximas, mas limitadas às questões de constituição, e as gerências das unidades queixavam-se de que tinham pouca ou nenhuma influência nesse processo, nem mesmo conseguiam definir o perfil dos profissionais e Agentes a serem contratados. Em uma unidade do tipo mista, em que a parceira era a Unifesp, houve avaliação positiva da gerência, especificamente no que se refere ao interesse e ao entusiasmo dos profissionais Agentes contratados para as equipes Saúde da Família.

e) Orientação Comunitária

Nas unidades sob o modelo exclusivo de Saúde da Família, foi possível observar algumas atividades desenvolvidas pelas equipes na comunidade em geral na linha de promoção da saúde (atividade física para idosos), prevenção (atuando junto a escolares), prevenção de câncer de colo de útero e de mama, atividades que pareceram mais frequentes quando a unidade contava com Assistentes Sociais, especialmente para atividades intersetoriais (saúde / assistência social, educação e ambiente). A organização dos movimentos sociais e de atuação de instituições na região pareceu ter influência positiva, não ficando apenas na dependência dos funcionários da unidade, especialmente dos Agentes. Quando não havia essa organização anterior ou a unidade não conseguia incentivá-los, a participação no Conselho Gestor não mobilizava a população local e sua atuação ou existência era tênue. A atuação das Equipes de Saúde da Família tampouco tinha incentivado (ou não tinha conseguido) essa participação; outro aspecto importante foi que, embora se percebesse que no modelo Saúde da Família se apontasse um grau maior de envolvimento com atividades na comunidade, ele por si só não era garantia a essas atividades. Nas unidades apontadas sob o modelo de Ação Programática, dependendo da tradição do serviço na região e de um incentivo da gerência, elas apareciam mais desenvolvidas. A preocupação em desenvolver atividades mais comunitárias não apresentou desempenho muito favorável, a partir das respostas dos profissionais à maioria dos itens investigados para todas as unidades.

Os profissionais das PSF apresentaram as respostas mais favoráveis para a maioria dos itens, tendo sido significativas apenas as diferenças observadas na comparação com os demais profissionais no que se refere à realização de visitas domiciliares.

Apenas dois itens tiveram respostas altamente favoráveis: a realização de visita domiciliar, que já foi relatada, e a participação de representantes da comunidade na direção, nesse caso a favor das AP.

A orientação comunitária apresentou resultado diverso segundo o modelo de atenção. Ficou evidente que essas atividades eram realizadas com maior frequência pelas unidades de PSF; porém, também se deve ressaltar que, em frequência inferior à esperada para unidades de PSF, 51% dos usuários do modelo PSF relataram realizar atividades em igrejas e escolas, e apenas 26% em unidades Não PSF. É interessante destacar que as unidades de AP não realizaram nem a visita domiciliar como atividade comunitária; apenas 7,0% dos usuários dessas unidades relataram que apresentavam expectativa de receber visita domiciliar.

Não ficou evidente uma preferência do usuário para um modelo de atenção ou tipo de unidade; porém chama atenção que apenas 41% dos usuários de unidade PSF entrevistados acreditavam que esse serviço resolveria os seus problemas de saúde: 66% dos usuários de unidades mistas acreditavam que o serviço resolveria seus problemas de saúde. Cabe ressaltar que esse resultado não foi significativo às estatísticas aplicadas.

f) Capacitação

Para as Equipes de Saúde da Família havia a proposta de capacitação em vários níveis de implantação do modelo, mas a maioria deles só recebeu capacitação no Módulo Introdutório ao programa, e nenhum para atuação como generalistas na atenção a crianças, adolescentes, mulheres, adultos e idosos. Esta situação é grave porque a formação predominante entre os profissionais é mais especializada quando eles adentram no Serviço Público, estando, portanto, despreparados para atuarem como profissionais generalistas. O que ficou evidente foi uma capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para atuar em relação ao ambiente, organizada pela Secretaria do Verde e Meio Ambiente, e que as unidades de AP pareceram menos contempladas que as demais na capacitação. Nas unidades de AP havia menos capacitação ainda, e elas eram mais orientadas para o treinamento em serviço, de acordo com a preocupação e iniciativas da gerência. Nas MISTAS havia variações: as equipes do PSF passavam por capacitações mais frequentes, mas insuficientes. Nas do modelo AP, as gerências se queixaram de que elas se desorganizavam, tirando o profissional do atendimento por muito tempo e tratando mais de conteúdos das especialidades e não da discussão sobre a própria Atenção Básica.

Em outra unidade, a própria gerência trabalhava com o treinamento do pessoal das equipes de Ações Programáticas e, quando podia, também atuava com as Equipes de Saúde da Família. Em todas as unidades em que houve a capacitação para o trabalho com o ambiente, ela apareceu como positiva e como um tipo de intervenção com outro setor, nesse caso com a Secretaria do Verde e Meio Ambiente. É perceptível que nas unidades que possuíam equipes do PSF ocorreram mais referências de treinamento dos médicos e das equipes, bem como capacitações para fazer frente à diversidade cultural da população. Os profissionais das PSF responderam de forma mais favorável em comparação com os dos outros modelos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas avaliativas sobre serviços, além do uso de variáveis e indicadores quantitativos (número de consultas, tempo de espera para atendimento, procedimentos etc.), podem beneficiar-se da utilização de variáveis subjetivas, tais como a percepção dos diversos segmentos sociais e sujeitos que estão envolvidos com a prestação daquele serviço e que possam revelar experiências, vivências, expectativas e ângulos diferentes do processo estudado, como gerentes, profissionais, usuários e acompanhantes, cujas expressões podem ser de consenso ou dissenso.

A utilização de instrumentos diferentes de captação dessa percepção (aqueles mais diretivos, como

questionários e escalas de opinião, e outros menos diretivos, como entrevistas semiestruturadas a pessoas-chave) muito contribuiu para o aprofundamento do conhecimento de processos complexos como o estudado. As informações e opiniões obtidas com a aplicação de um instrumento podem ser complementadas por aquelas obtidas com outro, e ambas potencializadas pela observação sistemática e orientada do pesquisador sobre o cotidiano desses serviços.

Os modelos em que as Unidades Básicas de Saúde estavam organizadas na cidade de São Paulo e, especialmente, o modo concreto como esses modelos estavam funcionando em unidades diferentes têm influência na observância do preceito constitucional da Integralidade na prestação dos serviços de saúde. Abordada a Integralidade a partir dos diversos sentidos que a ela eram atribuídos, como afirmam os autores estudados, foi possível constatar que a Integralidade Horizontal, na percepção dos diversos sujeitos indagados, era mais garantida nas unidades que estavam organizadas sob o modelo da Saúde da Família, muito embora com pequenas vantagens em relação àquelas organizadas sob o modelo de Ações Programáticas.

Dentre as categorias pelas quais a noção de Integralidade Horizontal foi captada, as vantagens das Unidades de Saúde da Família ficaram evidentes pela menor dificuldade de seus usuários terem acesso às consultas e serviços existentes na unidade, ao vínculo estabelecido entre profissionais e usuários, especialmente com o Agente Comunitário de Saúde, e às visitas domiciliares de rotina, favorecendo a abordagem familiar. Já na abordagem comunitária, as diferenças não foram tão evidentes, seja porque as Equipes de Saúde da Família não apresentaram esse componente do modelo muito desenvolvido, seja porque nas unidades organizadas sob o modelo das Ações Programáticas alguns profissionais mantinham atividades em outras instituições locais, como escolas e creches, conforme preconizava, também, esse modelo na sua origem. Nas unidades que estavam organizadas sob os dois modelos, que transcorriam paralelamente um ao outro, não havendo articulação entre eles, apesar dos esforços de algumas direções, a Integralidade Horizontal foi perceptível na atuação das Equipes de Saúde da Família.

A Integralidade Vertical, no entanto, não pareceu sofrer influência dos modelos: dificilmente era garantida para qualquer usuário, porque dependia do sistema de Regulação de Vagas, o que tornava consultas e procedimentos fora da unidade e de maior complexidade pouco acessíveis. O tempo de espera muito longo para obter o atendimento, marcação de datas, horários e locais sem consulta prévia ao encaminhado, ocasionavam índice muito grande de absenteísmo dos usuários a esses agendamentos.

Por outro lado, quando o encaminhamento era concretizado no nível mais complexo de atendimento, a contrarreferência desse nível para a Atenção Básica era de muito má qualidade: frequentemente era o usuário que trazia, de forma oral, informações sobre o que foi constatado nos exames complementares que realizou ou as condutas que deviam ser tomadas em seguida. Raramente as informações retornavam para a Atenção Básica de maneira escrita e oficial.

Além dos modelos de organização, a observância do preceito da Integralidade nas Unidades Básicas de Saúde acabava sendo dificultada por outros fatores ligados à organização do atendimento, tais como a demanda reprimida para o atendimento na própria unidade e a sistemática de agendamento orientada pela SMS, e fatores físicos como o tamanho e a planta da unidade, sua localização topográfica e social em distritos censitários de maior vulnerabilidade social.

Como fator favorável à observância do preceito, perceberam-se esforços e, especialmente, a criatividade de algumas gerências no sentido de formarem redes locais que facilitassem o acesso e a troca de recursos materiais entre elas. A postura, experiência e capacitação dos funcionários, especialmente daqueles que trabalhavam no Acolhimento e na Recepção, constituíram-se como fatores facilitadores ou "dificultadores" do acesso dos usuários que buscavam os serviços na Atenção Básica à Saúde.

REFERÊNCIAS

Acurcio FA, Cesar CC, Guimarães MDC. Healthcare utilization and survival among patients with AIDS in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Cad Saúde Pública 1998; 14:811-20.

Almeida-Filho N, Rouquayrol MZ. Desenhos e pesquisa em epidemiologia. In: Epidemiologia e saúde. São Paulo / Belo Horizonte: MEDSI; 1999.

Ander-Egg E, Aguilar MJ. Avaliação de serviços e programas sociais. (Tradução de Jaime A. Clasen e Lúcia Mathilde E. Orth). Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.

Ayres JRC. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade 2004; 13(3).

Barros-Silva PL, Mello MAB. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Relatório de trabalho apresentado na reunião do CLADE, 2000. (Painel "Estado democrático e governança no século XXI: reformando a reforma, Republica Dominicana, 2000).

Bech J. Polêmica com PSF: Contradições e novos desafios. Tribuna Livre. Conferência Nacional de Saúde Online. Disponível em: <http//: www. datasus. gov. br/cns/temas/tribuna/ Gostaria%20de%20polemizer. htm>. Acesso em: 04/07/2006.

Belloni I, Magalhães H, Souza LC. Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.925, de 13 de novembro de 1998. DOU, 220-E, de 17 de novembro de 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

Camacho LAB, Matida AH. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(1):37-47.

Camargo Jr. KR. Um ensaio sobre a (in)definição de Integralidade: In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Os sentidos de Integralidade. Rio de Janeiro: IMP, VERJ, ABRASCO; 2001.

Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: VERJ, IMS, ABRASCO; 2003.

Campbell DT, Stanley JC. Experimental and quasi-experimental designs of research. Chicago: Rand McNally College Publishing Company; 1966.

Cançado SJB. Ranking do Mapa da Exclusão / Inclusão Social. Revista Fapesp 2002; 83.

Carvalho SN. Avaliação de programas sociais: balanço de experiências e contribuição para o debate. São Paulo em Perspectiva 2003; 17(3-4):185-97.

Cecílio LC. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Os sentidos de Integralidade. Rio de Janeiro: IMP, VERJ, ABRASCO; 2001.

Chen H. Theory: driven evaluations. Newbury Park: Sage Publications; 1990.

Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 4. ed. São Paulo: Cortez / Cedec; 2001.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.

Cook TD, Campbell DT. Quasi-experimentation: design and analysis for field settings. Boston: Houghton Mifflin; 1979.

Cook TD, Reichardt CS. Métodos cualitativos y cuantitativosem investigacion evaluativa. Madrid: Ediciones Morata; 1986.

Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Saúde e Sociedade 2004; 13(3).

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Quarterly 1966; 44:166-203.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? J Am Med Assoc 1988; 260:1.743-8.

Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Laboratory Med 1990; 114:1.115-8.

Fairweather GW. Community psychology for the 1980's and beyond. Eval Program Plann 1980; 3:245-50.

Fetterman DM. Empowerment evaluation and accreditation in higher education. London: Sage Publications; 1997.

Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2001; 6(1):165-81.

Guba E, Lincoln Y. The coming of age of evaluation. In: Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989. p. 21-49.

Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP. Avaliação do programa materno-infantil: análise da implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

Hartz ZMA, Silva LMV (org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à pratica na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro / Salvador: Fiocruz / EDUFBA; 2005.

Hortale VA, Conill EM, Pedroza M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada de organização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 1999; 15(1):79-88.

Ianni A, Nakamura E. Relatório do processo de implantação do PSF nos municípios de Diadema, Santo André, São Bernardo do Campo e São Paulo. CEDEC; 2004. (Mimeo).

Lobato LVC, Góis JBH, Senna MCM, Reis MF, Vasconcelos M, Rodrigues MS. Pesquisa de avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense; 2006.

MacInko J, Almeida O, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. Int J. Health Plann Mgmt 2004; 19:303-17.

Madeira FR. A improvisação na concepção de programas sociais: muitas convicções, poucas constatações o caso do primeiro emprego. São Paulo em Perspectiva 2004; 18(2):78-94.

Marsiglia RMG. Características dos componentes das Equipes de Saúde de Família da cidade de S. Paulo. Consultoria UNESCO; 2005.

Mello AB, Marques M, Araújo O, Pacheco, APL, Costa AL, Almeida C et al. Relatório da Pesquisa sobre o Impacto do Benefício de Prestação Continuada em Pernambuco, Centro Interuniversitário de Estudos da América Latina, África e Ásia. Olinda: CIELA; 2003.

Moyses SJ. PSP *versus* SUS. Curitiba, junho de 2000. Disponível em http:www.universidadesaudável.com.br. Acesso em 04/07/2006.

Napoleão HT, Oliveira Jr. C. Área pública de saúde. São Paulo; 2004. (Apostila para Concurso Público).

Nemes MIB. Ação Programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber LB (org.). Programação em saúde hoje. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1993.

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública 2000; 34(5):547-59.

Novaes MH, Jatene A et al. Novos modelos de assistência à saúde: avaliação do PSF – Qualis no município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 1999. (Relatório de Pesquisa).

Patton MQ. How do you use qualitative methods in evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1987.

Patton MQ. Utilization-focused evaluation: The new century text. London / New Delhi: Sage Publications; 1997.

Pinheiro R, Mattos RA (org.). Os sentidos de Integralidade. Rio de Janeiro: IMP, VERJ, ABRASCO; 2001.

Pinho H. Programa de Saúde da Família (PSF): original ou hipertrofiado? Desafios atuais no resgate e atualização do modelo. Disponível em:<http:>//www.opas.org. br/serviço/mural_detalhe. cfm?CodExperiencia=78>. Acesso em: 04/07/2006.

Reis E, Campos FE et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cad Saúde Pública 1990; 6(1):50-60.

Rossi PH, Freeman HE. Evaluation: a systematic approach. Beverly Hills: Sage Publications; 2004.

Runda TG. Evaluation of health services program. In: Last J (Ed.). Maxcy-Roseanau public health and preventive medicine. 12. ed. Norwalk: Appleton & Lange; 1990. p. 1.831-47.

Sala A. Avaliação de programas de saúde. In: Schraiber LB (org.). Programação em saúde hoje. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1993.

São Paulo. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo / Instituto de Saúde. Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo; 2006.

São Paulo. SAS/SP / CEM-CEBRAP. Mapa da vulnerabilidade social da população da cidade de São Paulo. São Paulo; 2004.

Schraiber LB (org.). Programação em saúde hoje. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1993.

Scriven M. Evaluation theasaurus. London / New Delhi: Sage Publications; 1991.

Silva JA, DALMASO ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Simões O. Sistema de monitoramento e avaliação de programas sociais: revisão do Benefício de Prestação Continuada. Consultoria PNUD, M.D.S.; 2006.

Smith N. The feasibility and desirability of experimental methods in evaluation. Evaluation and Program Planning 1980; 3:251-6, 1980.

Sposatti A. Mapa da exclusão / inclusão social da cidade de São Paulo. São Paulo: PUC/SP / CEDEST / INPE; 2000.

Starfield B. Primary care: is it essencial? Lancet 2002; 344: 1.129-33.

Stenzel ACB. A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada (dissertação). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1996.

Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cad Saúde Pública 2002; 18(6):1.561-9.

Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas: concepções e práticas. (Tradução Dinah de Abreu Azevedo). São Paulo: Editora Gente; 2004.

PARTE III

Parcerias para a Atenção Básica e Formação de Recursos Humanos

CAPÍTULO 5

A institucionalização das parcerias em Atenção Básica no setor público de saúde do município de São Paulo

Elaine Fracasso Tambellini
Cássio Silveira

RESUMO

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PARCERIAS EM ATENÇÃO BÁSICA NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: A atenção primária no município de São Paulo sofreu transformações que caminharam para a descentralização e para a municipalização dos serviços de saúde, tendo como estratégia a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Nesse caso, as articulações possíveis e previstas nos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) permitiram realizar parcerias com organizações públicas não estatais. Assim, este estudo objetivou compor a caracterização: do perfil histórico-organizacional dessas organizações; dos interesses em relação à parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/SP); dos projetos específicos em atenção básica; e da política de contratação de recursos humanos sob a responsabilidade dessas organizações. Para esta pesquisa de caráter exploratório-descritivo, foram aplicadas entrevistas estruturadas a coordenadores das organizações responsáveis pelo PSF no município de São Paulo. Os resultados foram divididos em quatro eixos: (1) caracterização histórico-organizacional (conjunto de organizações que apresentam grandes diferenças quanto ao porte, histórico de atuação em saúde e orientação institucional: ensino, pesquisa e assistência); (2) estrutura e organização do PSF (constatação das diferentes trajetórias de evolução do PSF por essas organizações quanto ao porte organizacional e área de atuação no município); (3) recursos humanos no PSF (padronização da forma de contratação – via CLT, autonomia na seleção e recrutamento de pessoal, autonomia na determinação dos benefícios e da política de capacitação continuada, ausência de política interna de cargos e salários e plano de carreira); (4) percepção das organizações na parceria (relevâncias e entraves: todas as organizações consideraram importante a parceria no sentido de fazer parte do SUS e da implantação de um novo modelo de atenção à saúde como o PSF, porém há falta de diretrizes claras por parte da

SMS/SP para as parceiras atuarem de forma uniforme, falta de entendimento do programa por parte dos gestores da SMS/SP; não há interlocução entre as parceiras, a SMS/SP e as equipes de PSF; não há incentivo nem investimento em capacitação e educação permanente, mesmo com a criação dos Polos de Capacitação. As organizações parceiras apresentaram perfil histórico-organizacional que permitiu apontar alguns tipos: organizações confessionais, universitárias públicas, assistenciais, vinculadas à universidade ou à educação superior e centros de pesquisa. Em alguns poucos casos, constatou-se a existência de projetos e ações de caráter inovador na organização do PSF. Não foram observadas a disseminação e a troca de informações e modelos de êxito entre as parceiras, e tampouco foi constatado qualquer incentivo à formação de uma rede que permita a troca de experiências e a garantia da uniformidade de atuação no município, denotando a ausência de diretrizes do poder público municipal que permitam o controle e a manutenção de serviços de atenção básica.

Descritores: Saúde pública; Saúde privada; Atenção Primária à Saúde; Programa de Saúde da Família; Organizações públicas não estatais.

ABSTRACT

THE INSTITUTIONALIZATION OF PARTNERSHIPS FOR BASIC CARE IN THE PUBLIC HEALTH IN SÃO PAULO CITY: Transformations in the primary care in the municipality of São Paulo walked to decentralization and municipalization of health services, by implementing the Family Health Program (HFP) as strategy. In such case, possible articulations provided by the organizational principles of Single Health System (SHS) allowed the establishment of partnerships with nongovernmental public organizations. This way, the objectives of this study included: to compose a characterization of: the historical and organizational profile of these organizations; their interest in the partnership with the Municipal Health Secretary (SMS/SP); specific projects in primary care; and the policy of recruitment of human resources under the responsibility of these organizations. In this descriptive exploratory study, structured interviews were applied to coordinators of the organizations responsible for FHP in São Paulo. Results were divided into four areas: (1) historical and organizational characteristics (a set of organizations that have wide differences in size, history of performance in health, and institutional orientation: teaching, research and assistance); (2) structure and organization of FHP (findings of different paths of development of FHP by such organizations as to the size and organizational areas of activity in the city); (3) human resources in FHP: standardization of the form of recruitment (by CLT), autonomy in the selection and recruitment of staff, autonomy in determining the benefits and the policy of continuous training, lack of internal politics of positions and salaries and career plan; (4) perception of organizations on the partnerships (importance and barriers: all organizations considered partnership important in the sense of taking part of the SHS and of implementing new model of health care as the PSF, but there is a lack of clear SMS/SP's guidelines orienting an uniform partner's action, and the managers of SMS/SP seem to be misunderstanding the program; there is no dialogue between the partners, the SMS/SP and the FHP teams; there is no incentive or investment for training and continuing education, even after the creation of the Focal Points Training. The partner organizations presented a historical organizational profile that allowed to point out some types: religious organizations, public university, assistance care, linked to university or college and research centers. In a few cases it was found that there are projects and actions that are innovative in organizing the FHP. It was not observed the spread and exchange of information and models of success between the partners, nor any incentive to the formation of a network that allows the exchange of experiences and ensures the uniformity of actions in the city, denoting the absence of guidelines of the municipal government promoting the control and the maintenance of services for basic care.

Keywords*: Public health; Private health; Primary Health Care; Family Health Program; Nongovernmental public organizations.*

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
AIS	Ações Integradas de Saúde
AIDS	*Acquired Immunodeficiency Syndrome*
AMA	Atendimento Médico Assistencial
AMQ	Avaliação de Melhorias de Qualidade
APS	Atenção Primária a Saúde
ASF	Associação Saúde da Família
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEALAG	Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão
CEJAM	Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNPJ	Cadastro Nacional Pessoa Jurídica
COMAS-SP	Conselho Municipal de Assistência Social – São Paulo
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF	Equipes de Saúde da Família
FFM	Fundação Faculdade de Medicina
FGV - Saúde	Fundação Getúlio Vargas - Saúde
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GIFE	Grupo de Institutos, Fundações e Empresas
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
HIV	*Human Immunodeficiency Virus*
IAE	Instituto Adventista de Ensino
INCOR	Instituto do Coração
ISO 9001	*International Organization for Standardization*
JCI	*Joint Commission International*
MARE	Ministério de Administração e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSEC	Organização Santamarense de Educação e Cultura
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PAV	Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis
PNP	Programa Nacional de Publicização
PPP	Parcerias Público-privadas
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIS	Qualidade Integral à Saúde
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SES/SP	Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SMS/SP	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
SPDM	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASP	Universidade Adventista de São Paulo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNISA	Universidade de Santo Amaro
USP	Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) na cidade de São Paulo sofreu transformações profundas em sua organização nos últimos anos. Nesse processo, podem ser indicados como eventos fundamentais, primeiro, no ano de 2001, a descentralização político-administrativa que promoveu o repasse das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) para os municípios, sob a orientação dos princípios de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente a descentralização e municipalização dos serviços de saúde; segundo, a articulação promovida pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) junto às organizações públicas não governamentais na reorientação da organização da atenção básica por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) em algumas áreas do município.

A articulação entre poder público e organizações públicas não governamentais não representa novidade na história recente dos serviços de saúde no país. São várias as modalidades encontradas que, do ponto de vista administrativo, têm sido justificadas pela suposta racionalidade no uso dos meios financeiros e materiais disponibilizados pelo poder público na oferta de serviços de saúde. Há, por outro lado, a justificativa de que a construção do SUS deve estar baseada no princípio de articulação com os serviços oferecidos pelo conjunto de organizações prestadoras de serviços de saúde do setor privado, entendido aqui como todo serviço não estatal.

Nesse conjunto de organizações públicas não estatais se encontram aquelas que têm por finalidade a prestação de serviços públicos. Tendo por característica principal não auferir lucros por suas atividades, ganhos financeiros ou outros ganhos quaisquer, foram, durante muito tempo, denominadas filantrópicas. Constituem atualmente um vasto conjunto de serviços, cujas histórias variam de acordo com suas tradições e interesses. Como exemplos, podem ser citadas organizações com alguns séculos de existência, como a Santa Casa de São Paulo; organizações que representam etnias, grupos de imigrantes, tais como o Hospital Israelita Albert Einstein e a Beneficência Portuguesa; há, também, as mais recentes que representam segmentos com necessidades, tais como associações de portadores de patologias ou outras necessidades em saúde ou sociais de maneira geral.

No caso da organização da ABS no município de São Paulo, a articulação estabelecida entre o setor público municipal de saúde e as organizações públicas não estatais conduz à formulação de algumas perguntas que remetem à possibilidade de refletir sobre possíveis relações interinstitucionais na constituição do SUS. As perguntas são as seguintes:

- Quais os interesses da SMS/SP na articulação com o setor público não estatal?

- As parcerias contribuíram com o desenvolvimento dos princípios de orientação do SUS?

- Por outro lado, quais as motivações das organizações públicas não estatais em promover articulação com o poder público municipal?

- Qual a experiência acumulada dessas organizações em prestação de serviços de atenção básica que justificaram sua participação?

- Quais os interesses das organizações parceiras em operar a atenção básica voltada aos grupos sociais caracterizados pela situação de vulnerabilidade?

Tais indagações permitiram dar início à construção deste projeto de pesquisa, que tem por finalidade principal descrever e compreender o processo de articulação entre poder público municipal (representado pela SMS-SP) e as organizações públicas não estatais (denominadas organizações parceiras) na estruturação da ABS por meio do PSF.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Poder público e serviços de saúde

O debate sobre as relações entre poder público e organizações da sociedade civil requer a apresentação de algumas definições conceituais importantes ao amplo entendimento desse fenômeno. Nesse sentido, a noção de Estado abre o debate sobre as possibilidades de formas de estabelecimento das relações entre

organizações regidas pelo direito público e organizações regidas pelo direito privado, observando-se variação histórica e regional das experiências nas formas de controle e regulação das ações desenvolvidas. Assim, caberia ao Estado o papel de instituição reguladora e de controle da produção de ações que visem à proteção da coletividade.

O Estado moderno, entendido aqui como uma forma de ordenamento político surgida na Europa a partir do século XIII até fins do século XVIII, colocou fim ao sistema policêntrico dos senhores feudais e marcou o início da formação do Estado unitário pela racionalização da gestão do poder. Sua principal característica consistiu na progressiva centralização do poder segundo uma instância sempre mais ampla, que termina por compreender o âmbito completo das relações políticas. Constitui-se, também, como um processo fundado no princípio da territorialidade da obrigação política e da progressiva impessoalidade do comando político, apesar de que, do ponto de vista histórico, a prática tem demonstrado uma série de variações quanto aos seus arranjos.

Importantes são seus traços característicos distintivos de um Estado que se destaca enquanto forma de organização política. Dentre essas características se destaca a da centralização. Max Weber, citado por Norberto Bobbio, definiu o caráter de centralização como associado à presença de um "aparato administrativo com a função de prover a prestação de serviços públicos e o monopólio legítimo da força" (Bobbio, 2003:69). Associadas a essas características estão as definições de unidade de comando e de território específico e, também, um corpo qualificado de "técnicos" inseridos num tipo de organização cujas finalidades principais são a manutenção ou o estabelecimento da ordem e o bem-estar da população.

Essa concentração do poder político, sistematizada na forma de organização burocrática, passa a definir parâmetros e formas de intervenção na sociedade como um todo, fato que não implicou necessariamente no estabelecimento de ações políticas de cunho universal. Pelo contrário, os exemplos históricos conduzem a pensar que a variação das ações do Estado, no tocante à resolução de problemas essenciais à manutenção das condições de vida, constitui a expressão dos arranjos políticos de cada sociedade.

O poder do Estado é, segundo Derani (2002), o poder social institucionalizado que se legitima enquanto exterioriza suas finalidades. Ou seja, os interesses variados que circulam no Estado tornam suas ações mais complexas, trazendo à tona o problema das concepções que regem suas políticas e da tomada de decisão da sua execução. O Estado, portanto, não é uma personificação da função racional daqueles que o idealizam, mas a "institucionalização do social, com sua racionalidade e mistificação" (Derani, 2002: 39).

Tais interesses passam, também, pelas concepções místicas desenvolvidas na sociedade sobre o Estado. Não se trata, pois, de conceber o Estado somente como expressão das necessidades concretas, mas de cumprir o papel de satisfazer a mística criada sobre ele. Sob o foco da análise da satisfação simbólica com valor místico, a autora apresenta as seguintes considerações: "o poder estatal, ao mesmo tempo em que funda ações destinadas ao preenchimento de determinados fins objetivos, fundamenta ações simbólicas de coesão e identificação social, sem necessariamente cumprir uma determinação normativa explícita" (Derani, 2002:39).

Assim, mesmo sendo uma instituição social a serviço dos indivíduos, com foco no interesse coletivo, suas forças são idealmente empregadas no sentido de atingir a integração social. Fala-se, portanto, no fundamento do poder público que tem seus projetos e suas ações legitimados na ideia de proteção. As ações estatais, denominadas de políticas públicas, porque pertencente a todos, são públicas porque devem ser controladas pelos cidadãos. Expressa, portanto, a conversão das decisões privadas em decisões e ações públicas que afetam a todos. São as respostas que o Estado dá às demandas que emergem da sociedade (Derani, 2002).

1.2 O público e o privado: relações tensas na esfera do Estado

A noção de público tem origem na palavra grega *polis*, cujo significado expressa a ideia de espaço comum aos cidadãos livres. Por outro lado, a palavra

oikos, também de origem grega, significa a vida particular de cada indivíduo.

De origem latina é a palavra *publicus*, que significa vindo do povo. A contribuição dos romanos ao direito e à política redundou principalmente nas noções de direito público e de direito privado. Direito público, portanto, diz respeito ao Estado e à ordenação política da sociedade. Por direito privado se entende a regulação dos direitos da família, da propriedade privada, dos contratos e testamentos.

Segundo Sader (2005), a relação entre os dois polos, o do direito público e o do privado, constitui um movimento dialético, de dependência e antagonismo. Ou seja, o autor refere-se a duas polaridades cujas identidades são contrastantes. Essa dicotomia foi criada no período das civilizações grega e romana, tendo deixado no passado, ou pelo menos como estrutura essencial de sociedades tribais isoladas, a separação entre o público e o privado. A questão do direito, portanto, instaura o Estado enquanto instância superior a outras formas de organização política, e acaba por expressar o conjunto de conflitos e contrastes de sociedades fundadas na divisão entre classes sociais (Sader, 2005).

No Brasil, a formação do Estado, com aberturas perceptíveis à criação de espaços para as questões públicas, passa por três períodos históricos, apresentados a partir dos seguintes modelos estatais, conforme Sader (2005):

Nos anos 1930, no Brasil, predominavam os interesses privados. Como exemplo dessa característica, pode-se destacar a liberdade existente nas relações entre trabalhadores e empresários sem a mediação estatal. O período Vargas deixou marcas profundas do surgimento da esfera pública no Brasil. Denominou-se esse modelo de estadista-nacional, cujas principais características foram:

- O estabelecimento de concursos para contratação dos funcionários públicos;

- A criação de carreiras para os servidores públicos;

- A criação da instituição da Previdência Social;

- A instituição dos ministérios sociais (saúde, educação etc.); e,

- As políticas sociais que passaram a reconhecer direitos sociais dos trabalhadores (Fleury, 1986; Sader, 2005).

Os avanços, do ponto de vista da construção de uma sociedade capitalista com base democrática, só não foram adiante, porque os obstáculos existentes indicavam os sentidos da configuração do Estado. O principal deles, pode-se afirmar, foi a função simbólica do Estado como instrumento de acumulação do capital, o que possibilitou pensar que o Estado serviu aos interesses privados, apesar da legitimidade atribuída aos trabalhadores (urbanos e de áreas fundamentais à economia), que passaram a ter alguns direitos reconhecidos, sem, contudo, obter espaço político de participação ampla e irrestrita na determinação de seus próprios rumos. Ou seja, a esfera pública ganhou espaços importantes, apesar de os interesses privados permearem a constituição de um conjunto de políticas de Estado voltadas aos interesses das classes sociais dominantes.

Na busca de compreender os modelos de Estado instituídos no Brasil, Sader indica que, na sequência histórica, surge o modelo estatal-militar no Brasil. Suas principais características foram o fortalecimento de um Estado militar com forte presença no controle das classes de trabalhadores. Ações explícitas de controle das relações trabalho-capital, tais como o arrocho salarial e a intervenção na estrutura social, por um lado, e, por outro lado, a abertura da economia nacional ao capital estrangeiro e ações que o caracterizaram enquanto Estado mercantil (financiamento à acumulação privada do grande capital nacional e internacional), são características que marcaram a passagem dos militares pelo poder do Estado. Nesse caso, o público foi enfraquecido, tendo predominado os interesses privados nas ações e determinações do Estado militar (Sader, 2005).

O terceiro modelo foi gestado nas bases do projeto econômico neoliberal, nos anos 1980. Marcado que foi, anteriormente, pelo regime militar, ao Estado foi possível definir o caminho da democracia associada ao privado. Estava posta a questão da liberdade política, e a identificação com a hegemonia liberal ganhou força,

assumindo, o Estado, uma oposição ao privado e, por conseguinte, às relações de mercado. Nesse sentido, operou-se uma transformação na forma de conceber o Estado, polarizando-o contra o privado. O contexto da crise fiscal do Estado foi propício à avassaladora onda de medidas que confluíam para a desestatização, quase sempre confundidas com a liberdade política necessária à superação do regime militar.

A desconstrução do Estado pôde ser percebida em ações que propiciaram a deterioração de parte dos serviços públicos, a privatização dos serviços públicos (principalmente no caso da assistência à saúde e da educação), a constituição de um enorme conjunto de homens e organizações de segurança privada e, principalmente, a veiculação de uma ideologia de anulação do Estado.

O público, portanto, sofreu um movimento retroativo, tanto no que diz respeito ao aparato estatal, e suas características intrínsecas de ações concebidas e praticadas segundo as orientações e finalidades públicas, quanto no plano ideológico que constituiu importante instrumento de disseminação de ideias favoráveis à formação de um Estado liberal de direito. Seu principal objetivo: a desconcentração do poder econômico do Estado e sua concentração no mercado.

Os anos 1990 veem surgir novas e grandes conquistas do espaço público no Estado. A Carta Constituinte, de 1988, instituiu novas formas de participação. Alguns exemplos importantes da ampliação dos espaços públicos criados no Estado incluem: formulação e implantação de políticas de orçamento participativo; formação dos conselhos municipais, estaduais e nacionais para o acompanhamento público da gestão dos sistemas de educação e saúde; assentamentos de trabalhadores rurais, entre outros.

Permaneciam, ainda, as forças que mantinham a determinação de retirar do Estado as funções sociais e públicas, colocando-as a cargo do setor privado. Porém, as respostas concretas oferecidas pelas forças progressistas constituíram novos espaços de participação e, principalmente, asseguraram ao Estado o papel de garantir a formulação e a implantação das políticas públicas.

1.3 Os serviços públicos

Constituem-se como características essenciais da produção de serviços públicos e estatais, por um lado, os critérios de alocação de serviços que são instituídos e regulados segundo as demandas e necessidades, e, por outro lado, os métodos de decisão e alocação dos serviços que não têm origem na racionalidade do mercado, mas na política discricionária (Offe, 1991; Pires, 1998).

Uma definição da noção de serviço público deve necessariamente vir acompanhada da compreensão mais abrangente do papel do Estado no desenvolvimento de ações de proteção à população. Dentre as características mais marcantes do Estado contemporâneo, pode-se destacar a constituição de um conjunto de indivíduos que, juntamente com a disponibilização de recursos materiais, atua em benefício da população, sob as ordens de um governo. A essa expressão do Estado, via ações concretizadas por meio de um poder que comanda e controla ações voltadas ao público, denomina-se serviço público (Derani, 2002). A autora considera, ainda, que o Estado não configura um quadro formal e fechado. Os princípios gerais que cercam suas ações estão estabelecidos na Constituição que, mesmo assim, sofrem variações na implantação de ações.

Particularmente no que tange à resolução dos problemas de saúde da população, os serviços públicos respondem ao conjunto de normas e formas organizadas de prestação das ações em saúde. Porém, as necessidades em saúde, sentidas e transformadas em ações concretas no cotidiano dos serviços, sofrem os reveses da própria realidade que responde de maneiras diferenciadas a essas ações. Nesse sentido, pode-se pensar em demandas espontâneas, ou relativamente organizadas, por parte dos usuários, que lançam sobre os serviços forças de resistência. Não se trata somente de negar as técnicas e tecnologias empregadas na resolução dos problemas de saúde ofertados pelo Estado, mas de explicitar o caráter conflituoso das relações entre Estado e sociedade civil.

O serviço público constitui a possibilidade de promover ações que beneficiem a população. É, portanto, consequência de uma concepção denominada

proteção social. Segundo Vianna e Levcovitz, a proteção social "consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir às necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência". São, portanto, ações públicas que têm por finalidade garantir à sociedade proteção aos efeitos dos "riscos clássicos: doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão" (Vianna e Levcovitz, 2005).

Ainda segundo os autores, as modalidades de intervenção do Estado, por meio das políticas de proteção social, podem ser agrupadas em três modalidades: (1) a assistência social que focaliza ações de proteção conforme as necessidades dos segmentos populacionais, distribuindo bens e recursos de forma específica; (2) o seguro social que atinge somente segmentos de trabalhadores, subdivididos por categorias ocupacionais; e (3) a seguridade social que tem na universalidade o princípio de distribuição de bens, ações e serviços a toda a população (Vianna e Levcovitz, 2005).

Historicamente, a noção de seguridade social é recente e tem suas bases assentadas no fundamento de que a proteção social deve ser oferecida pelo Estado, que é o responsável pelas garantias da proteção mínima à manutenção da vida (renda, habitação, saúde e educação). Constituiu-se, portanto, como direito extensivo a todo cidadão, afastando-se do modelo baseado nas relações de caridade que predominaram na Idade Média na Europa e findaram com o nascimento das relações modernas nas sociedades de economia capitalista. O século XX vê surgir o modelo denominado *Welfare State*, na Europa, como expressão maior ao atingir os problemas que a modernidade industrial construía ao largo da história: a mobilidade populacional do campo para a cidade e a constituição de espaços urbanos com grupos populacionais não inseridos no mercado de trabalho e fadados a permanecer em patamares inferiores de pobreza ou mesmo na miséria absoluta (Vianna e Levcovitz, 2005).

Abre-se outro flanco da discussão sobre o papel do Estado, particularmente no tocante à formulação e implementação das políticas de proteção social. Enquanto instituição que intervém, é pleno de conflitos e contradições inerentes ao conjunto das relações dinâmicas com a sociedade civil.

1.4 A sociedade civil e o terceiro setor

Entende-se por "sociedade civil" a esfera das relações sociais não reguladas pelo Estado, entendido, por sua vez, restritivamente como o conjunto dos aparatos que, num sistema social organizado, exercem o poder coativo (Bobbio, 2003).

Ainda nos anos 1990, no Brasil, com o advento, por um lado, dos avanços alcançados pelo espaço público e, por outro lado, a tendência a diminuir as ações públicas e, particularmente, as sociais, abriu-se a discussão sobre a participação política da sociedade civil. Colocada sob o enfoque do debate sobre a democracia, a questão da participação assume importância tanto para aqueles que defendiam a ampliação das ações estatais quanto para aqueles que defendiam a diminuição do Estado.

Assim, por meio das leis estabelecidas na Constituição de 1988, que possibilitaram a criação dos conselhos municipais, estaduais e federais e, também, a instituição do orçamento participativo, criou-se a possibilidade de estabelecer formas de participação institucionalizada, ainda que essas práticas não fizessem parte da vida social brasileira. Sob esse enfoque, foram criadas as condições de se verificarem as necessidades de iniciar os segmentos populacionais nas várias modalidades de participação, seja em relação aos aspectos organizacionais e ideológicos, seja na necessidade de construir uma participação plural que garantisse a representação de vários segmentos (Brasil, 1998).

Por outro lado, as várias experiências de organizações de assistência e apoio às necessidades da população, principalmente dos segmentos sociais que ocupavam os níveis mais baixos do espectro da desigualdade social no país, já existiam e ganharam força por dois motivos: primeiro, a Carta Constitucional de 1988 preconizou a participação de segmentos sociais, representados ou não por organizações com finalidade pública e não estatais criadas e desenvolvidas na e pela sociedade civil; por outro lado, e sob a batuta da orientação das tendências que privilegiavam o pro-

cesso de diminuição do Estado, desenvolveu-se o discurso de que se formava no país o que passou a ser denominado de Terceiro Setor (Montaño, 2002; Sader, 2005).

Segundo Montaño (2003), essas organizações passaram por um processo de mistificação que as transformou num conjunto homogêneo e "sem contradições de classe". A finalidade principal, a busca do bem comum, ocorreria como uma tendência própria do grupo, já que suas raízes constituiriam a expressão maior da participação popular. O Estado[18], nessa perspectiva, sofreria uma oposição pelas suas características burocráticas e limitadoras da expansão dessas organizações.

O Terceiro Setor tem sua expressão principalmente nas chamadas Organizações Não Governamentais (ONGs), cujas características principais seriam a não existência de vínculo, ou ao menos autonomia com o setor público estatal, e de lucratividade (Sader, 2005). No conjunto dessas organizações estão presentes desde organizações populares até organizações filantrópicas confessionais, passando por grupos empresariais que formam associações, fundações etc., com vistas a cumprir a filantropia empresarial. É, como se percebe, um conjunto gigantesco de segmentos sociais, interesses e ações que, muitas vezes, não possuem os mesmos objetivos e, principalmente, compõem uma gama variada de concepções sobre os problemas sociais e sobre as necessidades observadas na população, particularmente nos segmentos que sofrem as consequências das desigualdades sociais, da pobreza e dos processos de exclusão social.

Segundo Sader (2005), o Terceiro Setor é uma nova categoria que surge nos anos 1990 no Brasil. No conjunto de conflitos entre os adeptos de concepções de renúncia às funções públicas do Estado e, por outro lado, o esforço centrado nas concepções e ações da contra-hegemonia neoliberal, cujo traço marcante foi o incremento da participação da sociedade nas decisões, o Terceiro Setor emerge como possibilidade de articulação entre as organizações não governamentais, não lucrativas e de interesse público, incluindo desde associações populares até a filantropia empresarial. As parcerias passam a reger essas articulações entre governos, organizações internacionais de financiamentos de projetos e programas, e empresas privadas.

Nesse sentido, a tradição existente das organizações não governamentais de assessoria dos movimentos sociais sofre, então, um deslocamento de papel, deixando de atuar como protagonistas dos movimentos sociais e passando a cumprir o papel de parceiros, fragmentando os interesses, conforme o caminho assumido pelas articulações (Sader, 2005).

2. A ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

2.1 O conceito de atenção básica

Compor a definição da atenção básica requer, inicialmente, uma abordagem que inclua a noção de atenção primária. Inaugurada no século XX, nos países industrializados, a noção e a prática de que os serviços de saúde seriam classificados em diferentes níveis de atenção, de acordo com a complexidade tecnológica e as ações atribuídas a cada nível de atenção, constituem o eixo central da atenção primária. Segundo Starfield (2002), o sistema de saúde passou a ser organizado em três níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola.

Na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, a noção de atenção primária ganhou força e, a partir dela, foram especificados os componentes fundamentais de sua organização (Brasil, 2001), expostos a seguir:

- Educação em saúde;

- Saneamento ambiental (em especial, águas e alimentos);

- Programas de saúde materno-infantil (imunizações e planejamento familiar);

- Prevenção de doenças endêmicas locais;

- Tratamento adequado de doenças e lesões comuns;

[18] Montaño define os setores da seguinte forma: primeiro setor: o Estado; segundo setor: o mercado; e, terceiro setor, a sociedade civil. (Monatño, 2002:15).

- Fornecimento de medicamentos essenciais;

- Promoção de boa nutrição;

- Medicina tradicional.

Posteriormente, no ano de 1996, a atenção primária tem sua divulgação e prática ampliadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Foi reafirmado o conjunto de princípios que constituiu a base da atenção primária nos serviços de saúde. Esses princípios, divulgados na Carta de Lubliana, em 1996, definiram que os sistemas de atenção à saúde deveriam ser:

- dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;

- direcionados para a promoção e proteção da saúde;

- centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem nos serviços e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;

- focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;

- baseados em financiamento sustentável para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo;

- direcionados para a atenção primária (Starfield, 2002).

Particularmente no caso de países e regiões que apresentam grande desigualdade na distribuição de riquezas, a oferta de serviços de saúde pode ter uma influência razoável na melhoria da situação de saúde e de vida da população, especialmente em casos em que existe uma rede de atenção primária bem desenvolvida. Isso se deve ao fato de a atenção primária não enfocar apenas a enfermidade do indivíduo, mas concentrar-se também nas condições de vida, de trabalho e no ambiente da população de uma determinada região (Starfield, 2002; Marsiglia, 2005).

A atenção básica, por sua vez, constitui um conjunto complexo de ações em saúde. Caracteriza-se, principalmente, por um "conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde" (http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php).

Essas ações são desenvolvidas "por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações" (http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php).

Com relação às tecnologias utilizadas em atenção básica, tanto as tecnologias de elevada complexidade quanto aquelas de baixa densidade são aplicadas no sentido de solucionar os problemas de saúde mais frequentes e relevantes em determinado território.

Por estar mais próxima dos usuários, a rede de UBS existentes nas localidades e, também, nas áreas rurais acaba por tornar-se o contato preferencial, ou pelo menos mais imediato, desses usuários com o sistema de saúde.

Os princípios que fundamentam e regem sua organização são a "universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, o vínculo e continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social" (http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php).

2.2 Novas estratégias em Atenção Básica no município de São Paulo: 2001-2004

No início do ano de 2001, primeiro ano de mandato da prefeita Marta Suplicy no município de São Paulo, a SMS/SP contava com um conjunto de 83 UBS. Naquele momento, a organização da saúde municipal ainda mantinha a estrutura criada pelas duas gestões anteriores: o Plano de Assistência à Saúde (PAS), cuja lógica de organização se pautou pela formação de módulos de assistência à saúde coordenada, com elevado grau de autonomia e repasse de dinheiro público por cooperativas de trabalhadores municipais da saúde.

Com o fim do PAS, a SMS/SP reassumiu 56 unidades pertencentes aos módulos, somando, portanto, 139 UBS. Em seguida, por meio de articulações com o governo estadual, foram repassadas mais 189 UBS e incorporadas à rede no processo de municipaliza-

ção e na reincorporação do sistema municipal de saúde ao SUS. Ao final da gestão de Marta Suplicy, no ano de 2004, a SMS/SP contava com um conjunto de 386 UBS. Posteriormente, no ano de 2005, foram implantadas mais 66 novas unidades com recursos próprios da SMS/SP.

Dentre as atividades desenvolvidas na atenção básica pela SMS/SP, o Programa de Saúde da Família (PSF) assumiu papel de destaque na reorganização dos serviços no ano de 2001.

Nos anos 1990, enquanto a SMS/SP ainda estava mantida fora do SUS, tal orientação, política e administrativa, permitiu que a SES/SP, juntamente com o Ministério da Saúde (MS), formulasse um plano de implantação do PSF na cidade de São Paulo. As características de uma metrópole do porte da cidade de São Paulo exigiram dos administradores, à época, grande esforço em pensar e executar um plano que viabilizasse a estratégia Saúde da Família em áreas sem cobertura, ou com cobertura comprometida, de serviços de atenção básica eABS.

Anos antes, mais exatamente a partir de 1995, duas organizações sociais sem fins lucrativos, a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, foram convidadas a participar da formação do PSF local, em programa denominado Qualidade Integral em Saúde (Qualis). Em articulação interinstitucional realizada entre o MS, a SES/SP e as organizações parceiras, sua expansão deu-se até o ano de 2001, tendo sido implantado em outras UBS, chegando ao total de 226 equipes distribuídas nas zonas Leste, Norte e Sudeste do município. Posteriormente, foram estabelecidas novas parcerias com a Associação Congregação Santa Catarina e, também, com a Organização Santamarense de Educação e Cultura – OSEC (Marsiglia, 2005).

Na sequência do Qualis, a Prefeitura, a partir de 2001, incrementou a rede de atenção básica e o PSF, primeiro incorporando as unidades estaduais e, depois, criando mais 579 unidades de Saúde da Família em seus três primeiros anos de atuação. A lógica de implantação e expansão obedeceu ao critério de inserir equipes de Saúde da Família em áreas mais carentes da cidade[19], chegando à cobertura de três milhões de pessoas por meio da contratação de 7.420 profissionais de saúde, distribuídos em médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

São características essenciais da organização do trabalho no PSF:

- Diagnóstico da realidade, planejamento, monitoramento, avaliação e replanejamento como funções assumidas conjuntamente por toda a equipe;

- Toda a equipe deve saber lidar com as informações obtidas, no sentido de retroalimentar o sistema e embasar o processo de decisão coletiva;

- Necessidade de mudanças nas relações no interior da equipe, diminuindo a força tradicional de alguns profissionais e, consequentemente, da hierarquia interna, com decisões compartilhadas entre a equipe e famílias atendidas;

- Estabelecimento de relações que permitam também a criação de vínculos e responsabilização pelo acolhimento, cuidado e resolução dos problemas apresentados, inclusive na busca de encaminhamentos para níveis mais complexos de atendimento, pautando a postura da equipe pela ética do compromisso com os usuários;

- A equipe, além da atenção aos problemas prevalentes de saúde dos indivíduos, deve desenvolver conhecimentos e habilidades para a abordagem de dinâmicas familiares, de grupos, de trabalhos comunitários e experiências de participação e controle social (Marsiglia, 2005).

A experiência anterior do Qualis permitiu, também, que a participação das chamadas organizações sociais pudesse ter continuidade, incluindo, ainda, outras organizações que pudessem contribuir à expansão do PSF no município. A partir de convênios estabelecidos entre as organizações e a SMS/SP, foram concretizadas 12 parcerias, a seguir apresentadas:

[19] "A escolha dos Distritos de Saúde para implantação do PSF recaiu sobre áreas definidas como prioritárias, com base no Mapa da Exclusão / Inclusão Social da Cidade de São Paulo" (Sposati, 2000 *apud* Marsiglia, 2005). "Foi priorizada a população mais carente em cada um deles, com renda familiar de até cinco salários mínimos. O número de ESF e de ACS foi dimensionado para o atendimento dessa parcela da população. O Plano de Saúde em cada Distrito deveria definir as áreas de maiores riscos socioeconômicos e geográficos" (Marsiglia, 2005).

Associação Comunitária Monte Azul

A Associação Comunitária Monte Azul é uma Organização Não Governamental, sem fins lucrativos, que tem tradição de trabalhos sociocomunitários na região Sul, particularmente no Distrito Administrativo Jardim Ângela, área de extrema pobreza e exclusão social. Parceira da SMS/SP para a implantação do PSF, atuava na região Sul, empregando 672 (9%) trabalhadores no Saúde da Família – 476 ACS, 87 AE, 65 Enfermeiros e 44 Médicos.

Associação Congregação Santa Catarina

A Associação Congregação Santa Catarina é uma instituição de caráter religioso e filantrópico, embora tenha um hospital ligado ao Sistema Supletivo de Assistência Médica. A Associação, sem fins lucrativos, é caracterizada como Organização Social em Saúde, gerenciando um hospital público em parceria com a SES/SP na região Sul. Também, com a SES implantou, antes de 2001, o PSF na região Sul – Qualis. Parceira da SMS/SP para a implantação do PSF, atuava na região Sul, empregando 638 (8%) trabalhadores no Saúde da Família – 349 ACS, 144 AE, 73 Enfermeiros e 72 Médicos.

Associação Saúde da Família

A Associação Saúde da Família é uma Organização Não Governamental, sem fins lucrativos, que mantém parceria com a SMS/SP para a implantação do PSF. Tem inserção em duas Coordenadorias Regionais de Saúde – Norte e Sudeste. Com 870 (12%) trabalhadores inseridos no PSF, ocupava a segunda posição no conjunto das demais parceiras em número de profissionais contratados – 531 ACS, 184 AE, 92 Enfermeiros e 63 Médicos.

Casa de Saúde Santa Marcelina

A Casa de Saúde Santa Marcelina é uma instituição de caráter religioso e filantrópico com longa tradição na prestação de serviços de saúde em convênios com o poder público. Atua na região Leste do município de São Paulo há 40 anos, gerenciando uma rede de serviços de saúde nos três níveis da atenção, isto é, primário, secundário e terciário. Também era parceira da SES/SP na qualidade de Organização Social em Saúde, gerenciando hospitais. Foi uma das pioneiras na implantação do PSF em conjunto com a SES – Qualis. Desenvolve programas de formação de recursos humanos em saúde na modalidade de residência médica, e atualmente mantém a experiência do programa multiprofissional para o PSF em convênio com o Ministério da Saúde. A parceria com o poder público municipal, por meio da SMS, começou a partir de 2001 para a ampliação e implantação do PSF. No momento da pesquisa, a Casa de Saúde Santa Marcelina tinha um total de 1.810 (24%) profissionais trabalhando no Saúde da Família, o maior contingente de membros do programa municipal – 1.030 ACS, 399 AE, 204 Enfermeiros e 177 Médicos. Essa instituição só está presente na região da Coordenadoria Regional de Saúde Leste.

Centro de Estudos e Pesquisa

Dr. João Amorim – CEJAM

O CEJAM é uma Organização Não Governamental, sem fins lucrativos, que atua na prestação de serviços educacionais. Parceiro da SMS/SP para a implantação do PSF, atuava na região Sul, empregando 561 (7%) trabalhadores no Saúde da Família – 341 ACS, 114 AE, 60 Enfermeiros e 46 Médicos.

Fundação Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo

A Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo é uma instituição sem fins lucrativos, atuando na prestação de serviços educacionais e de saúde – Hospital das Clínicas. Foi qualificada como Organização Social em Saúde pela SES, passando a gerir um hospital na região Sudeste. Parceira da SMS/SP para a implantação do PSF, atuava só na região Centro-Oeste, empregando 307 (4%) trabalhadores no Saúde da Família – 194 ACS, 54 AE, 31 Enfermeiros e 28 Médicos.

Fundação Zerbini

A Fundação Zerbini é uma instituição sem fins lucrativos, que atua na prestação de serviços de saúde. Tem o Instituto do Coração (Incor) como exemplar hospital que ajuda a gerenciar junto com a SES e com a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São pioneiros, juntos com a Casa de Saú-

de Santa Marcelina, na implantação do PSF nas regiões Sudeste (Sapopemba) e Norte (Freguesia do Ó / Brasilândia) em parceria com a SES – Qualis. Parceira da SMS/SP para a implantação do PSF, atuava nas regiões Norte e Sudeste, empregando 510 (7%) trabalhadores no Saúde da Família – 290 ACS, 110 AE, 55 Enfermeiros e 55 Médicos.

Hospital Israelita Albert Einstein

O Hospital Albert Einstein é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, que atua na prestação de serviços de saúde, com importante inserção no Sistema Supletivo de Assistência Médica, e desenvolve ações comunitárias na região na qual está inserido – Sul. Tem programa de educação na área de Enfermagem. Parceiro da SMS/SP para a implantação do PSF, atuava apenas na região Sul, empregando 480 (6%) trabalhadores no Saúde da Família – 365 ACS, 54 AE, 34 Enfermeiros e 27 Médicos.

Instituto Adventista de Ensino

O Instituto Adventista de Ensino é uma instituição sem fins lucrativos que atua na prestação de serviços educacionais e comunitário na região Sul há longo tempo. Parceiro da SMS/SP para a implantação do PSF, atuava na região Sul, empregando 510 (7%) trabalhadores no Saúde da Família – 359 ACS, 66 AE, 49 Enfermeiros e 36 Médicos.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

A Irmandade da Santa Casa de São Paulo é uma instituição filantrópica, secular, com longa tradição na prestação de serviços de saúde e educacionais na área médica, em particular. Tem parcerias com o poder público nos vários níveis de governo. É qualificada com Organização Social em Saúde pela SES, gerenciando um hospital na região de Guarulhos. O Hospital da Santa Casa de São Paulo é de alta complexidade, e os serviços prestados são referência universitária e têm inserção importante nas regiões Central e Norte de São Paulo. Na região Norte, a Santa Casa também possui dois serviços hospitalares – Hospital São Luiz Gonzaga e o Hospital Geriátrico D. Pedro. Parceira da SMS/SP para a implantação do PSF, atuava nas regiões Norte e Centro-Oeste, empregando 147 (2%) trabalhadores no Saúde da Família – 91 ACS, 29 AE, 15 Enfermeiros e 12 Médicos.

Organização Santamarense de Educação e Cultura (Osec)

A Universidade Santo Amaro – Unisa, mantida pela Organização Santamarense de Educação e Cultura, é uma instituição sem fins lucrativos que atua na prestação de serviços educacionais e de saúde. É qualificada como Organização Social em Saúde pela SES, gerenciando um hospital público estadual na região Sul. Parceira da SMS/SP para a implantação do PSF, atuava apenas na região Sul, empregando 309 (4%) trabalhadores no Saúde da Família – 171 ACS, 70 AE, 35 Enfermeiros e 33 Médicos.

Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

A Unifesp é uma organização pública universitária que presta serviços de saúde de alta complexidade e desenvolve programas de ensino na área da saúde – graduação e pós-graduação. Tem programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Parceira da SMS/SP para a implantação do PSF, atuava em três regiões – Norte, Centro-Oeste e Sudeste, empregando 782 (10%) trabalhadores no Saúde da Família – 491 ACS, 137 AE, 79 Enfermeiros e 75 Médicos.

3. PLANO DE PESQUISA

A realização desta pesquisa se pautou nos seguintes pressupostos:

- A articulação entre a SMS/SP e as organizações parceiras, ao mesmo tempo em que abriu caminho para a constituição de uma política de Atenção Básica em Saúde, promoveu a aproximação de interesses variados da sociedade civil, nem sempre orientados de forma coesa para a composição de uma saúde pública universal e equânime.

- A parceria (poder público municipal com organizações parceiras) pôde instituir uma nova forma de compartilhar a responsabilidade na organização dos serviços de Atenção Básica em Saúde, desde que os

interesses variados das organizações parceiras, expressão da diversidade própria existente na sociedade civil, tenham sido direcionados aos objetivos maiores da atenção básica e da saúde pública de maneira geral, e não somente como intervenção técnica em assistência à saúde.

3.1 Objetivos

Objetivo geral

Compreender as razões que orientaram o estabelecimento de uma política de saúde municipal por meio das parcerias entre a SMS e as organizações públicas não governamentais na reestruturação da atenção básica municipal no período de 2001 a 2007, do ponto de vista da SMS/SP e das organizações parceiras.

Objetivos específicos

- Caracterizar os consensos e os conflitos gerados no poder público municipal, quando da implantação das parcerias na atenção básica, com especial atenção aos seguintes aspectos: as estratégias de aproximação utilizadas no processo; a definição dos critérios de escolha das organizações parceiras; e o modelo de convênio adotado pela SMS/SP.

- Caracterizar os interesses das organizações parceiras com relação ao estabelecimento das parcerias com a SMS/SP e compor uma caracterização de seu perfil organizacional.

- Levantar informações sobre a política de contratação de recursos humanos em atenção básica no município de São Paulo sob a responsabilidade das organizações parceiras.

3.2 Métodos e técnicas de pesquisa

A definição dos aspectos metodológicos, no caso desta pesquisa, assumiu um grau de complexidade tanto nas estratégias de pesquisa a serem definidas quanto nas técnicas mais adequadas delimitadas no contexto do projeto. A dinâmica das relações entre o poder público municipal e as organizações da sociedade civil suscita, ainda que hipoteticamente, a percepção de que existiam muitas contradições num contexto aparentemente estruturado em bases consensuais. Nesse sentido, a amplitude do uso de determinados métodos e técnicas deve necessariamente ser corroborada por uma metodologia que permita identificar tal realidade em sua totalidade, ou ao menos em boa parte dela.

3.2.1 O universo de pesquisa

Foram entrevistados 22 sujeitos, distribuídos nos seguintes segmentos:

- Gestores municipais no setor de saúde representados pelos seguintes sujeitos de pesquisa: Secretário Adjunto Municipal de Saúde no período; coordenadores de ABS da SMS/SP. Cinco sujeitos entrevistados.

Organizações parceiras representadas pelos seguintes sujeitos de pesquisa: diretores e/ou coordenadores de setor e coordenadores de atenção básica (PSF). Dezessete sujeitos entrevistados.

3.2.2 Técnicas de coleta de dados

- Levantamento direto de informações junto a pessoas com uso de técnica de gravação em fita magnética ou gravação em aparelho digital.

- Composição de roteiro de entrevista semiestruturada a ser aplicada aos gestores e coordenadores municipais da SMS/SP.[20]

- Composição de formulário para entrevista com os diretores ou coordenadores das organizações parceiras.

- Levantamento e análise de documentos com vistas a captar informações específicas sobre:

[20] Durante 2005, foi realizada pesquisa de avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF (Consórcio Medicina USP e PROESF, 2006). A pesquisa desenvolveu diferentes estudos avaliativos, dentre os quais um levantamento junto aos gestores municipais de saúde do período enfocado por esta pesquisa. Parte deste material coletado foi utilizado neste estudo.

SMS/SP:

- Legislação sobre saúde e publicações no Diário Oficial do Município (DOM) no período de 2001-2007.

- Normas internas da SMS/SP sobre atenção básica – PSF, vigentes no período de 2001-2007.

- Demais documentos públicos pertinentes ao estabelecimento dos convênios: modelo de documento do convênio e outros.

Organizações parceiras:

- Estatutos da organização.

- Documentos internos referentes ao convênio estabelecido com o poder público.

- Material sobre ABS – PSF produzido nas organizações parceiras.

4. RESULTADOS

4.1 O poder público municipal e a organização da Atenção Básica

4.1.1 Sobre a coleta de dados

Para a composição desta parte da pesquisa foram levantados materiais em várias fontes de informação, com a finalidade de compor um relato do conjunto de fatos que levaram à transformação da atenção básica no município de São Paulo; optou-se, primeiramente, pelo levantamento direto de informações junto aos principais atores envolvidos no poder público no período, a saber: Secretário Adjunto de Saúde, duas coordenadoras de Atenção Básica no período e técnicos da SMS/SP, totalizando cinco entrevistas.

As informações foram coletadas por meio da aplicação de entrevista roteirizada, gravada em fita magnética. Os pesquisadores procuraram cercar um conjunto de informações que permitisse, primeiramente, compor um quadro histórico da atenção básica no período, resgatando seus antecedentes, e, num segundo momento, levantar informações sobre como a atenção básica foi sendo reestruturada no período e sobre as concepções que cercavam sua implantação.

No conjunto de dados obtidos para a pesquisa, também foram utilizadas informações levantadas em pesquisa realizada nos anos de 2005 e 2006, denominada *Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família*, desenvolvida no estado de São Paulo (Proesf, 2006).

Por fim, foram levantados diversos documentos e material da Imprensa Oficial do Município que permitiram ampliar os conhecimentos sobre detalhes técnicos, aspectos legais e, também, aspectos técnicos da implantação do PSF no município. Os documentos estão listados ao final deste capítulo (Relação de Documentos Oficiais do Município de São Paulo) e apresentam um conjunto bem definido de informações precisas de manuais técnicos, leis publicadas no DOM e cópias de modelos de documentos da realização dos convênios com as organizações parceiras do PSF.

4.1.2 A adoção do modelo Programa de Saúde da Família

A compreensão das transformações ocorridas na atenção básica municipal passa, por um lado, pelo entendimento de sua história anterior, principalmente a implantação do PAS nos anos 1990; por outro lado, o contexto maior do SUS que, durante os anos 1990, viabilizou a municipalização em todo o território nacional e a organização dos serviços públicos de saúde.

A lógica de orientação da criação do PAS, no município de São Paulo, inviabilizou o processo de municipalização na cidade de São Paulo. Mais ainda, a atenção básica teve suas estruturas comprometidas principalmente por um aspecto: não havia uma relação formal estabelecida que articulasse os serviços públicos municipais e os serviços públicos estaduais em saúde para uma atuação conjunta. O modelo do PAS, cuja lógica estava fundada na organização por cooperativas de funcionários, divididas por regiões da cidade, e na captação de recursos tendo por base o número de habitantes das regiões, não viabilizou uma articulação com o estado no tocante à organização da

atenção básica. Muito pelo contrário, sua lógica de organização isolou-se da possibilidade de estruturar um serviço de saúde que contemplasse a atenção básica, ainda que dentro das características existentes à época: a atenção básica nos moldes das ações programáticas desenvolvidas principalmente nas UBS.

Observou-se, portanto, que o conflito existente à época não era exclusivamente de organização dos serviços, mas, fundamentalmente, das concepções que regiam as práticas dos gestores municipais de saúde naquele momento. Primeiro, a concepção do PAS não incorporou a noção de atenção básica. Em essência, era uma concepção que objetivava a prática assistencial e curativa, cuja lógica se distanciava dos objetivos da atenção básica. Ainda que algumas ações em saúde pública tenham sido mantidas, como a vacinação, por exemplo, as ações de promoção de saúde características da atenção básica, por exemplo, ficaram comprometidas na cidade de São Paulo dentro do conjunto de unidades da Prefeitura durante os anos 1990.

As primeiras medidas tomadas a partir de 2001 consistiram em reordenar as UBS, redistribuindo novamente os recursos humanos já existentes no serviço público municipal de saúde. Num segundo momento, foi realizada uma articulação com a SES/SP, a partir da qual as UBS estaduais foram transferidas ao poder público municipal.

No ano de 1995, as organizações Casa de Saúde Santa Marcelina e Fundação Zerbini, ambas com larga experiência em assistência à saúde, realizaram convênio para a implantação do Qualis. Do ano de início até o ano de 2001, foram implantadas 226 equipes de saúde da família, distribuídas pelas zonas Leste, Norte e Sudeste do município. No período foram realizados, ainda, convênios com mais duas outras organizações com atuação na zona Sul da cidade: Associação Congregação Santa Catarina e Universidade Santo Amaro (Unisa).

A experiência acumulada com o Qualis, nos anos 1990, foi marcante no que diz respeito à implantação do PSF. Tal acúmulo permitiu, a partir de 2001, a implantação do PSF em todo o município de São Paulo. Por um lado, porque inaugurou a possibilidade de o poder público ampliar sua capacidade de extensão da rede pública de serviços em atenção básica; por outro lado, porque trouxe para dentro do serviço público de saúde organizações com larga experiência em assistência à saúde e, em alguns casos, atividades de promoção em saúde.

Ainda que pese o fato da desarticulação ocorrida entre a SMS/SP e as demais ações em saúde promovidas entre o gestor estadual e a nova articulação com as parceiras, durante o período de 1993 a 2000, a experiência desenvolvida por meio da implantação das equipes de Saúde da Família do Qualis ampliou as possibilidades de introduzir mudanças significativas na estrutura de serviços de ABS. Mais do que isso, criou oportunidade de sua expansão a partir de uma experiência que resultou, por um lado, no desenvolvimento, por parte do gestor estadual, de inovação em atenção básica proposta com o novo modelo de Saúde da Família; por outro lado, a experiência desenvolvida pelas organizações parceiras na participação ativa de prestação de serviços de ABS abriu oportunidades de desenvolvimento e de acúmulo de conhecimentos sobre ações em Saúde da Família.

Ao reorganizar o sistema municipal de saúde a partir de 2001, a gestão municipal direcionou a política de saúde no sentido de firmar o modelo de atenção básica, constituindo-o de forma mista. Ou seja, incorporaram as UBS estaduais, aceitando os contratos realizados entre a SES/SP e as organizações parceiras do Qualis, e passaram a constituir o seu próprio PSF.

Os fatos narrados anteriormente não explicaram, de maneira mais ampliada, as razões que levaram os gestores municipais a adotar o PSF como modelo estratégico de reestruturação da atenção básica no município de São Paulo. Observou-se que, antes de tudo, a reconstrução do sistema de saúde municipal foi prioridade na medida em que o grau de sucateamento dos equipamentos da rede pública municipal, a ineficiência no cuidado à saúde da população e a ausência de uma política de saúde pública, entre outros problemas, ganharam enormes proporções. Tal situação deveria, pois, ser sanada.

A adoção do PSF como estratégia em atenção básica pôde, inicialmente, ser compreendida como a tentativa de incluir um modelo que permitisse a efetivação da atenção básica no município em suas características principais: viabilizar o primeiro contato

da população com o serviço de saúde e, por outro lado, criar melhores possibilidades de o serviço ter o primeiro contato com a população. Nesse sentido, o modelo de atenção básica proposto pelo PSF previa ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, só que dotado de estratégias de aquisição de conhecimentos sobre as condições socioeconômicas e de saúde e de contato permanente e direto com a população de um determinado território.

A adoção do modelo, por um lado, justificou-se pelo dinamismo proposto por sua ação direta junto aos domicílios dos usuários, criando a possibilidade de dar acesso aos serviços de saúde a segmentos da população normalmente alijados dessa possibilidade. As experiências em outras localidades, principalmente cidades de médio e pequeno porte e zonas rurais, indicavam que o PSF criava condições de oferecer uma atenção básica com condições de cuidar principalmente de segmentos da população com maiores graus de vulnerabilidade social. Por outro lado, a sua implantação em áreas urbanas e regiões metropolitanas ainda não havia sido avaliada, já que muitas dessas áreas apresentavam alto grau de heterogeneidade nas condições de vida e de saúde da população, o que por suposto implicaria na execução de um modelo mais flexível e permeável às diferentes situações de existência dos agrupamentos sociais.

Ainda que a orientação predominante para o gestor municipal fosse a implantação do PSF em todas as zonas da cidade de São Paulo, tendo como prioridade os segmentos mais vulneráveis, observaram-se, entre os depoimentos coletados, visões distintas com relação à efetividade do modelo e, principalmente, à sua capacidade em alcançar a equidade. A composição de uma equipe mínima tendo por eixo de trabalho o médico clínico geral, por exemplo, poderia não oferecer uma atenção básica mais adequada ao perfil heterogêneo de morbimortalidade apresentado pela cidade, cujo quadro de problemas em saúde apresentava acentuada mortalidade por violência entre os jovens, o que já não ocorreria em municípios menores, nos quais o médico clínico geral poderia, juntamente com a equipe, oferecer respostas mais adequadas aos problemas de saúde locais. A orientação de estruturar o PSF com equipes fechadas, seguindo o modelo determinado pelo próprio MS, neste caso, colocava em dúvida a sua capacidade de absorver as demandas diferenciadas e com graus de complexidade acentuados, oferecendo, portanto, dificuldades nas respostas da atenção básica em centros urbanos com as características da cidade de São Paulo.

Ao firmar a intenção de incluir o PSF como estratégia de reestruturação da atenção básica municipal, outro aspecto importante foi realçado no debate: a convivência entre os dois modelos de atenção básica representados, por um lado, pelo PSF e, por outro lado, pelo modelo tradicional de atenção básica por meio de ações programáticas em saúde desenvolvidas principalmente pelas UBS. De maneira geral, não pareceu ter havido um conjunto de conflitos tão acentuados quando da implantação do PSF e a utilização das UBS como suporte para receber as equipes. Pelo contrário, pareceu ter sido o caminho mais fácil para a adaptação do novo modelo no município, já que a construção e a distribuição, pela cidade, de novos equipamentos que pudessem recebê-las seriam economicamente inviáveis.

Do ponto de vista conceitual, os modelos não se contrapunham em termos de suas concepções em promoção e proteção da saúde, ainda que guardassem diferenças bastante acentuadas no que diz respeito à sua estrutura e organização, assim como, e principalmente, em suas estratégias de intervenção e controle em saúde. Ainda assim, observou-se que o plano era o de paulatinamente substituir um modelo por outro. No caso, o PSF seria ampliado e ganharia espaço até tornar-se o eixo principal e, segundo alguns, o eixo "estruturador" do sistema municipal de saúde local. Nesse sentido, do ponto de vista do gestor da saúde, a convivência entre os dois modelos tornaria a experiência de sua implantação mais complexa, porque haveria o risco de o modelo não ser compreendido pelos usuários diretos das ações do PSF e pela população de maneira geral. Para isso, o tempo de implantação não poderia durar muito, assim como a alocação das ESF deveria obedecer a uma distribuição regional de maneira a contemplar as várias zonas da cidade.

Houve, inclusive, a colocação da perspectiva política como essencial na implantação do PSF. A distribuição das ESF pelo território urbano, em tese, geraria um espaço maior para a discussão sobre o próprio

modelo, ainda que a decisão sobre sua implantação já estivesse determinada pelo gestor municipal. A discussão poderia criar a possibilidade de a população conhecer o modelo, acompanhar sua implantação e, aos poucos, ir habituando-se à sua lógica dentro dos princípios que orientavam a organização dos serviços em atenção básica.

Fundamentalmente, o apontamento anterior colocava em debate a questão da formação do vínculo do serviço com a população. Para isso, seria necessário um entendimento da lógica do funcionamento do PSF, de suas ações sistemáticas, dos agentes que o compunham e, essencialmente, das ações de atenção básica que o caracterizavam e davam sentido à sua existência. Fica claro, portanto, que esta estratégia de implantação, entre outros motivos, considerou o debate algo importante para a assimilação e incorporação do modelo pela população dentro de um período limitado de quatro anos de governo.

Num outro sentido, observou-se nos discursos a necessidade da permanência do modelo tradicional de atenção básica, o qual, em associação com o modelo PSF, poderia ir à busca de efetivar a atenção básica e seu objetivo maior: resolver cerca de três quartos dos problemas de saúde da população, segundo os depoentes, restando aos ambulatórios de especialidades médicas e hospitais o restante dos cuidados à saúde. Ou seja, a ideia de que o PSF constituiria o único modelo em atenção básica no município não era consenso. A estratégia PSF, expressão que por si só relativizava o modelo em seu formato original, constituiu um componente de um conjunto maior de serviços e ações em atenção básica que deveriam incluir, ainda, uma retaguarda com atendimento em pediatria, saúde da mulher, saúde do adulto e outros programas que dessem resultados na promoção e prevenção em saúde (Gil, 2006).

O modelo do PSF, conforme apresentado anteriormente, constituiu um marco nas transformações operadas no setor de saúde na cidade de São Paulo. Sua implantação obedeceu à lógica do SUS, cuja tendência era o fomento e a indução do modelo em todo o território nacional. Concomitantemente, o processo de municipalização do setor de saúde no município de São Paulo foi realmente implementado, e seu planejamento e execução indicaram uma realização rápida e com pouco tempo para o desenvolvimento do debate no espaço da sociedade civil. A opção por sua implantação seguiu, a bem da verdade, o caminho de muitos outros municípios no estado de São Paulo e no país como um todo, cuja adesão ao PSF constituiu parte essencial das políticas de saúde em atenção básica desenvolvidas pelo nível federal.

Ainda assim, há que se destacar que a busca por articulações maiores na implantação do PSF assumiu importantes significados para a expansão e consolidação das ações do SUS, particularmente no tocante ao crescimento da participação da sociedade civil não só no debate sobre seus rumos, mas, fundamentalmente, na execução de suas ações técnicas e na gestão dos serviços de saúde.

4.1.3 As estratégias de aproximação entre o poder público municipal em saúde e as organizações parceiras

O primeiro aspecto a ser ressaltado na análise da implantação do PSF na cidade de São Paulo, no tocante ao estabelecimento das relações de parceria com as organizações em saúde, foi o critério de escolha dessas organizações. Ainda que pesasse a urgente necessidade de implantação do PSF, a busca pelas parceiras teve basicamente dois aspectos: primeiro, o estabelecimento do diálogo com as parceiras que haviam trabalhado e ainda atuavam na implantação do Qualis; e, segundo, a busca de novas parceiras que possuíssem experiência anterior no desenvolvimento de trabalhos em saúde nas várias regiões da cidade de São Paulo. O raciocínio explicativo dessa ação indica, além da vocação regional do trabalho em saúde, a busca por organizações com ampla experiência de atuação com ensino superior em saúde.

O outro dado importante para o estabelecimento das parcerias foi a característica de desenvolvimento de trabalhos de intervenção em saúde em regiões mais carentes. Nesse caso, o aspecto privilegiado em questão era o princípio da equidade, constituindo um conjunto de serviços de atenção básica, dentro da estratégia PSF, voltados exclusivamente para regiões com graus acentuados de exclusão social. Nesse sen-

tido, o critério de escolha das parceiras privilegiou áreas com acentuado grau de vulnerabilidade social, mas, também, consideraram territórios heterogêneos, como as áreas centrais da cidade, cujas características em saúde ainda sofrem variações acentuadas.

O mapeamento das organizações obedeceu, inicialmente, aos critérios citados, e os exemplos na cidade de São Paulo de possíveis candidatas ao estabelecimento de parcerias eram muitos e variados em suas origens históricas, áreas de atuação, tipo e qualidade da atuação em assistência à saúde desenvolvida em suas histórias.

Ocorreu que outro elemento impulsionava para o estabelecimento das parcerias: o impedimento legal da contratação de trabalhadores ocupacionais[21] que compunham as ESF, porque não se poderia colocar como quesito o local de moradia do candidato ao concurso público. Outro problema era a não existência nos quadros funcionais da Prefeitura da figura do ACS. Ou seja, mesmo que o argumento de que a articulação com as organizações públicas não estatais regidas pelo direito privado, de extrema importância para o desenvolvimento local das instituições de saúde, fosse válido enquanto explicação para a articulação entre os setores público estatal e não estatal na saúde, havia impedimentos legais quanto à realização de contratações de pessoal para compor o PACS. As determinações impostas pela lei, em decorrência da não existência do cargo de ACS, resultou na necessidade de se rever a estratégia de contratação. Mais uma vez, a saída possível foi viabilizar essa contratação pela via das parceiras, que ocupariam, portanto, o papel de contratantes terceirizadas do setor público em saúde.

O caminho assumido, aliás, foi o mesmo tomado pela SES/SP quando da realização das parcerias na implantação do Qualis na cidade de São Paulo. Abriu-se, pois, toda uma discussão sobre o papel do setor público estatal com relação à prestação de serviços de saúde. A exclusividade na contratação, a capacitação, o controle e, fundamentalmente, a garantia da qualidade dos serviços prestados deveriam obedecer aos critérios estabelecidos na legislação federal (Constituição Federal, 1988).

Assim, a crítica interna à estratégia de contratação descrita anteriormente apareceu nos discursos dos gestores do período. Se, por um lado, viabilizou a contratação dos ACS, por outro lado, abriu um flanco muito grande com relação à qualidade dos trabalhadores contratados. O princípio de escolha dos ACS tinha por critério a participação comunitária, característica inscrita no nome do cargo, o que, ao menos em tese, implicaria no conhecimento e no comprometimento com a resolução dos problemas de saúde das áreas de atuação dos ACS. O desemprego, a perspectiva de uma atividade remunerada e com vínculo, além da garantia de um trabalho que garantisse um *status* diferenciado nas áreas de atuação acabaram por atrair pessoas com perfis diferenciados daquele esperado: o perfil de um líder ou pessoa com expressiva atuação em seu grupo comunitário[22].

Numa abordagem inicial, ainda que superficial, permitiu verificar que as regras de contratação de pessoal geraram tensões no momento de implantação do PSF, principalmente porque houve o deslocamento da responsabilidade sobre a saúde da população para as parceiras na cidade de São Paulo. Tal aspecto gerou problemas, inicialmente, com relação à impossibilidade, por parte da SMS/SP, de impor as mesmas regras instituídas e aplicadas pela administração pública à contratação e controle do funcionalismo em geral. Os obstáculos foram de várias ordens, mas se observou que principalmente a diversidade da composição das parceiras apresentou graus variados na maneira de executar as ações de contratação do pessoal para o PSF. Nesse caso, tanto os ACS quanto os médicos, enfermeiros e auxiliares de saúde, num primeiro momento, e, posteriormente, os auxiliares administrativos passaram a ser contratados segundo as características próprias de cada organização parceira.

O conflito não ocorreu somente dentro do espaço de gestão, mas principalmente quando da constatação de que algumas organizações parceiras tinham outras intenções com relação à contratação de pessoal. Na verdade, boa parte delas já possuía tradição na contratação de pessoal em saúde, o que de certa maneira

[21] Trabalhador *ocupacional* é todo aquele que não possui qualificação profissional superior. No caso dos ACS, os quesitos mínimos a serem obedecidos são: a formação educacional mínima de ensino médio e residir na área de trabalho (Brasil / Ministério da Saúde, 1998).

[22] Grupo comunitário, neste caso, significa o distrito ou região de origem e residência do ACS.

conflitava com os pressupostos e interesses públicos aplicados naquele momento. Como exemplo desse campo de conflitos pode-se destacar a necessidade, exigida pela SMS/SP, de praticar a isonomia salarial dos trabalhadores contratados, fato que colidia com a prática de muitas das organizações parceiras.

4.1.4 Aspectos legais e critérios de escolha das parceiras

A determinação de que as parcerias seriam estabelecidas partiu inicialmente da necessidade de incorporação do novo trabalhador em atenção básica: o ACS. Como já afirmado anteriormente, não havia tal cargo nos quadros da administração pública municipal, o que levava a um impedimento legal de contratação direta pela SMS/SP. A busca pelas parceiras, nesse sentido, obedeceu inicialmente a um critério básico: a vocação para o trabalho em saúde existente entre as candidatas nos respectivos territórios de atuação.

Por tal critério, pode-se, inicialmente, inferir que já havia conhecimentos acumulados por parte do gestor estadual quanto à existência e à atuação dessas organizações em saúde no município de São Paulo, pressupondo-se, portanto, a existência de uma rede de relações envolvendo atores de ambos os lados – gestores municipais, gestores estaduais e partícipes das organizações candidatas. Essa rede era anteriormente constituída pelas histórias de vida de profissionais de saúde com atuação em ambos os lados, lideranças e administradores dessas organizações com ampla experiência e contato com o poder público, atores com origem no setor público municipal ou estadual, mas com atuação nas organizações parceiras.

Ainda que a heterogeneidade da composição do universo das organizações parceiras tenha demonstrado problemas de compatibilização dos aspectos gerenciais e técnicos da administração, verificou-se que, subjacente ao processo de definição das parceiras, estaria uma ideia maior do que simplesmente transferir recursos e responsabilidades pelos cuidados em saúde na cidade de São Paulo. Estava presente a ideia de que, ao repassar a responsabilidade às parceiras, o gestor municipal estaria transferindo parcelas de responsabilização e poder à sociedade civil, *locus* das organizações parceiras.

Na análise da implantação do PSF, portanto, deve-se incluir uma perspectiva mais aprofundada sobre as articulações entre o poder público municipal e parcelas da sociedade civil, articuladas em forma de organizações para a prestação de serviços públicos em saúde. As articulações permitiram, em tese, estabelecer vínculos mais aprofundados entre o poder público municipal e parcelas da sociedade civil, o que implicava no aumento das chances de continuidade da política de saúde mesmo em casos de mudança de governo municipal.

As instituições de ensino e assistência constituem um capítulo à parte nas intenções de contratação das parceiras. Inicialmente, o plano dos gestores municipais de saúde era o de dividir o território da cidade entre as grandes escolas formadoras no setor de saúde. Por suposto, o potencial dessas escolas em trabalhar com o PSF estaria na sua capacidade acumulada pelas experiências com assistência à saúde, o que permitiria o desenvolvimento de uma capacidade ampliada de atuação na capacitação do pessoal para o PSF, principalmente dos profissionais da medicina e da enfermagem[23]. Somava-se, ainda, a sua atuação territorial, com participação de suas unidades de assistência (hospitais, ambulatórios e centros de saúde-escola) com tempo e experiência na prestação de serviços na história da cidade de São Paulo.

Outro critério fundamental na escolha das parceiras pela SMS/SP foi o reconhecimento de que já existia toda uma tradição, na cidade de São Paulo, de trabalhos em atenção básica desenvolvidos por instituições de ensino e assistência. Muitas ações já desenvolvidas por organizações públicas não estatais eram reconhecidas e legitimadas socialmente, o que conduziu os gestores municipais à escolha de organizações tradicionais, com trabalhos de intervenção em

[23] Sobre a capacitação de pessoal para o PSF, as unidades de ensino em saúde na cidade de São Paulo já estavam envolvidas com a formação especializada de pessoal para o PSF. Desenvolviam-se no estado de São Paulo, já naquele momento, os cursos de formação especializada para o PSF, por meio da coordenação e do financiamento do Polo de Capacitação do Programa de Saúde da Família, SES/SP.

saúde desenvolvida em várias áreas da cidade, tradição de atuação em áreas específicas da cidade e, em alguns casos, organizações com reconhecida atuação no ensino e na pesquisa.

4.1.5 O modelo de convênio adotado

A modalidade de convênio adotada tornou-se tarefa de difícil realização, ao passo que o gestor municipal pôde perceber que a sua realização deveria contemplar, na medida do possível, os critérios de cada estatuto das organizações parceiras. Para tal tarefa, foi elaborado um manual com os critérios definidos pelo setor público municipal, adaptando cada convênio às especificidades de seus estatutos. Nesse caso, alguns termos jurídicos iam sendo alterados, especialmente aqueles mais voltados para aspectos de recolhimento de taxas e impostos próprios a cada estatuto das parceiras (São Paulo, PMSP/SMS, 2003).

As diferenças, por vezes tênues, entre os estatutos trouxeram grande desafio: atrair as parceiras e, ao mesmo tempo, manter a coordenação sob o comando do poder público municipal. Ou seja, a tarefa do poder público municipal em saúde foi a de poder adotar a estratégia Saúde da Família, mantendo-se como gestor do conjunto de ações em atenção básica. A busca pelas parceiras, cujas características indicavam já uma ampla história de participação nas ações em saúde, ensino e pesquisa na cidade de São Paulo, evidenciou, também, outra questão: algumas parceiras possuíam uma expressão política bastante acentuada, variando de acordo com suas origens históricas e articulações anteriores na participação e prestação de serviços de saúde na cidade de São Paulo.

Sobre esse aspecto surgiu uma discussão importante a ser considerada: a proposta de oferecer o gerenciamento do serviço local às parceiras começou a sofrer transformações importantes impulsionadas pela força da tradição das parceiras nos vários bairros da cidade. Ou seja, havia pretensões maiores de algumas parceiras, que passaram a ocupar espaços não ocupados pelo poder público municipal, evidenciando, assim, a indefinição do poder público municipal em saúde quanto ao estabelecimento de uma hierarquia clara e precisa em relação aos papéis específicos dos atores envolvidos no processo. Algumas parceiras queriam ampliar seu poder de participação, não se contentando com o gerenciamento das equipes de Saúde da Família, e almejando participação mais efetiva na gestão da saúde nas regiões.

Na percepção do gestor municipal, tais ações desencadearam distorção dos valores que fundamentavam as pretensões do poder público municipal na reorientação da atenção básica. Fundamentalmente, não havia sido estabelecida uma comunicação única, por parte do poder público municipal, das parceiras com o gestor municipal. No organograma da SMS/SP, a coordenação do PSF estava diretamente apensa ao gabinete do Secretário, mantendo-se na linha horizontal da coordenação dos distritos de saúde e de seus subordinados: os diretores de distrito, o que levou as parceiras a uma articulação direta com a coordenação e dessa coordenação com o gabinete.

4.2 As organizações da sociedade civil na Atenção Básica (PSF)

4.2.1 Sobre a coleta de dados

As 12 parceiras da SMS foram contatadas a partir do mês de agosto de 2007 e convidadas a participar da pesquisa. O primeiro contato foi realizado por meio de telefonema, a partir do qual foi possível localizar o coordenador de atenção básica e/ou PSF que pudesse contribuir com algumas informações que abririam caminho para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas obedecendo-se à seguinte sequência: tendo sido estabelecido o primeiro contato, firmava-se um acordo para a realização da entrevista que, por sua vez, era realizada observando-se uma sequência de perguntas que versavam sobre a caracterização organizacional, seu histórico de atuação em atenção básica, espaço territorial de trabalho na cidade de São Paulo e, também, o estabelecimento das diretrizes de organização dos recursos humanos para o PSF.

4.2.2 Características das organizações parceiras da SMS/SP na implantação do PSF no município de São Paulo

Traçar uma caracterização do perfil histórico e funcional das organizações públicas não estatais, parceiras da SMS/SP, com participação na atenção básica por meio da implantação do PSF em São Paulo foi o objetivo complexo e desafiador deste trabalho, na medida que nos deparamos com organizações diferentes quando analisadas sob alguns aspectos, porém muito semelhantes quando analisadas sob outros aspectos.

No que se referia à natureza de suas ações, todas desenvolviam, de alguma forma, atividades para a coletividade, prestando serviços públicos na assistência à saúde, e, para tanto, recebiam o título[24] de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal e o Certificado de Fins Filantrópicos, que davam acesso à dedução de doações de pessoas jurídicas no imposto de renda, isenção de contribuição patronal à seguridade social e a possibilidade de estabelecer convênios com órgãos estatais (Ferrarezi, 1995).

Ter esse certificado era algo que as instituições parceiras tinham em comum. Segundo o artigo 1º da Lei 91, de 28 de agosto de 1935: "As sociedades civis, as associações e as fundações constituídas no País podem ser declaradas de utilidade pública, aquelas que tenham provado os seguintes requisitos":

- personalidade jurídica;

- que estão em efetivo funcionamento e servem desinteressadamente à coletividade;

- que os cargos de sua diretoria, conselhos fiscais, deliberativos ou consultivos não são remunerados (Lei 6.639, de 8 de maio de 1979).

E para recorrer ao certificado devem apresentar a seguinte documentação:

- Exemplar dos Estatutos Sociais registrados em cartório, deles constando, expressamente, que o exercício dos cargos da diretoria é gratuito, e que a entidade não distribui, por qualquer forma, direta ou indiretamente, lucros, bonificações ou vantagens a dirigentes, mantenedores ou associados;

- Certificado de matrícula, expedido pela Secretaria de Estado de Assistência e Desenvolvimento Social, em se tratando de entidade de caráter filantrópico;

- Alvará de funcionamento, expedido pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde;

- Certificado de Fins Filantrópicos e comprovante de registro junto à Federação das Misericórdias, e cópia do CNPJ, caso desenvolva atividades de assistência hospitalar;

- Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social concedido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social;

- Certidão do CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social, concedida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e/ou, ainda, o registro no COMAS – Conselho Municipal de Assistência Social.

A presente pesquisa procurou caracterizar a diversidade na composição das organizações parceiras. Havia organizações seculares cuja atuação na assistência à saúde vinha desde sua constituição, e outras cuja atuação na assistência à saúde começou no momento da parceria com a SMS/SP, em 2001, e que ganharam proporções maiores no que se refere às áreas de atuação no município, como o crescimento em termos de recursos humanos.

Inicialmente foi solicitado breve histórico da organização, e nele os entrevistados relataram a trajetória das organizações que representavam, incluindo desde a história, quando iniciaram seu trabalho, o seu desenvolvimento, até as atuações nos dias da ocasião das entrevistas. Nesses relatos alguns entrevistados deixaram transparecer emoção ao lembrar determinados episódios. Essa pergunta foi como um mergulho no passado, que propiciou intensa recordação. Alguns ficaram muito agradecidos por essa oportunidade.

De maneira geral, desde suas origens, as organizações parceiras se mantêm sob orientação variada quanto às suas finalidades: assistência à saúde, ensi-

[24] Segundo a revista Rede de Informações do Terceiro Setor (Rits), temos a seguinte definição: "é um título concedido pelo ente político por meio do qual ele reconhece e declara oficialmente que uma entidade desenvolve atividades em benefício da coletividade que, a princípio, deveria ser por ele realizada". (Disponível em: www.rits.org.br/legislacao_teste/lg_testes/lg_tmes_junho2002).

no e pesquisa. As finalidades fundiram-se ao apresentarem um complexo quadro de experiências institucionais que permitiram a elaboração da seguinte tipificação:

Organizações Confessionais: com origem tradicionalmente de instituições religiosas, têm atuação em ações de assistência à saúde bem como em outros setores. Ainda que mantenham como característica essencial a sua orientação confessional, vale ponderar que eram organizações que tinham desenvolvido ações de formação educacional superior na área da saúde, além das atividades assistenciais. As que possuíam esse perfil eram: Associação Congregação Santa Catarina, Casa de Saúde Santa Marcelina e Instituto Adventista de Ensino.

Organizações universitárias públicas (estatais e não estatais): são organizações formadas a partir de conhecimentos e de experiências acumulados por organizações de ensino superior na área da saúde. Tais organizações têm experiências acumuladas de gestão de unidades públicas de saúde, em atenção básica, ambulatorial e hospitalar. Carregavam a tradição de produzir conhecimentos por meio de unidades produtoras de pesquisas, programas de pós-graduação e experiência sólida na formação de recursos humanos em saúde. Exemplos: SPDM / Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Organizações assistenciais: têm atuação predominantemente voltada à assistência à saúde, assistência social e educação. Algumas tiveram origem em antigas sociedades beneficentes ou associações de grupos étnicos, de imigrantes ou mesmo comunitários, que fundaram hospitais ou outras entidades filantrópicas com a finalidade de oferecer cuidados e suprir algumas necessidades dos seus membros. Exemplos desse tipo de organização: Associação Comunitária Monte Azul, Hospital Israelita Albert Einstein e Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Organizações vinculadas a universidades ou centros de educação superior e centros de pesquisa: constituem quase que exclusivamente organizações que derivaram de outras, cujas experiências em assistência à saúde vêm de longa data. Essas organizações formam um conjunto com forte presença na elaboração e na execução de projetos em saúde, além de presença marcante na captação de recursos públicos e privados, nacionais e internacionais, de fomento à pesquisa e a outros projetos para o desenvolvimento de tecnologias em saúde e capacitação de recursos humanos para os serviços públicos de saúde. São exemplos: Associação Saúde da Família, Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim (Cejam), Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Fundação Zerbini e SPDM / Unifesp.

Seguindo o roteiro de pesquisa, foi perguntado às organizações quem eram seus mantenedores. Entende-se por entidade **mantenedora** a entidade devidamente constituída, com personalidade jurídica própria, que tem por objetivo a captação de recursos necessários para o funcionamento de instituições.

As organizações pesquisadas também eram suas próprias mantenedoras, menos a Associação Saúde da Família (ASF), que respondeu não possuir nenhuma mantenedora e ser responsável pela captação de verbas para os seus projetos. Já a SPDM informou que tinha o Hospital São Paulo como mantenedor, enquanto o Cejam não divulgou a resposta às perguntas feitas pelo pesquisador.

O Quadro 1 apresenta a configuração jurídica e a finalidade institucional das organizações parceiras, no município de São Paulo, na implantação e expansão do PSF.

Essas organizações públicas não estatais, em relação à configuração jurídica, apresentaram-se da seguinte forma: três delas como associação, duas como sociedades, duas como fundações, e três como organizações sociais de saúde. Cabem aqui, então, algumas definições conceituais do que vêm a ser essas figuras jurídicas.

A categoria **Associação**, em termos jurídicos, trata-se da formação social que congrega pessoas interessadas em agir coletivamente a favor de um fim compartilhado, sem nenhuma finalidade lucrativa.

Fundação é a pessoa jurídica composta pela organização de um patrimônio, destacado pelo seu instituidor para uma finalidade específica; não tem proprietário, titular nem sócios; o patrimônio é gerido por curadores (Alves, 2003).

Por último, **Organização Social** é figura jurídica criada pela Lei Federal 9.637/98, e refere-se a organizações criadas a partir da transferência de atividades exercidas pelo Estado para a esfera pública não estatal (publicização) e que obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo.

Quadro 1. Configuração jurídica e finalidade institucional das organizações públicas não estatais.

Organizações	Configuração Jurídica	Finalidade Institucional
Santa Catarina	Associação	Religiosa e Assistencial
Albert Einstein	Sociedade	Religiosa, Educacional, Pesquisa e Assistencial
ASF	ONG com título de OS	Educacional, Pesquisa e Assistencial
Cejam	Organização Social	Educacional, Pesquisa e Assistencial
FFM	Fundação	Educacional, Pesquisa e Assistência
IAE	Instituto Educacional*	Educacional
Monte Azul	Associação	Educacional e Assistencial
Santa Marcelina	Organização Social	Religiosa, Educacional, Pesquisa e Assistencial
Fundação Zerbini	Fundação	Assistencial e Pesquisa
SPDM / UNIFESP	Associação	Educacional, Pesquisa e Assistencial
Santa Casa	Organização Social	Religiosa e Assistencial

* A organização parceira não se enquadrou nas opções do roteiro de entrevista, colocando a resposta que está no quadro.

Com essas definições se percebe que tanto a SES/SP À época do Qualis, nos anos 1990, quanto a SMS/SP, agora PSF, fizeram parcerias com organizações que, mesmo tendo configurações jurídicas diferentes, destacaram-se pelo interesse público de suas atividades e objetivos.

As parcerias estavam muito presentes nas relações do Estado com a sociedade civil, e na perspectiva da descentralização dos serviços de saúde. Como já discutido anteriormente, uma organização qualificada como OS (Lei 14.132/06 e Decreto 47.012/06) poderia cuidar do gerenciamento de todos os equipamentos de saúde de uma microrregião, isto é, UBS, Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Hospital etc. Vale sublinhar que as diretrizes gerais para o funcionamento dos serviços de atenção básica eram estabelecidas no nível central da SMS/SP, pela Coordenadoria Geral de Atenção Básica, definidas num contrato de gestão.

Observou-se que, no decorrer da pesquisa de campo, algumas organizações estavam em processo de qualificação como Organizações Sociais, exigência do poder público para assinar o contrato de gestão.

No que se refere à **finalidade institucional**, observaram-se três categorias de destaque: **a religiosa**, **a educacional** e **a assistencial**. As religiosas, como a Casa de Saúde Santa Marcelina, a Associação Congregação Santa Catarina e o Instituto Adventista de Ensino, atuavam sob os preceitos religiosos da **benevolência aos mais necessitados, justiça social e solidariedade**. Já a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein mencionou que atuava sob os preceitos judaicos, sendo que, na finalidade institucional, se classificava como organização assistencial.

Temos como exemplos: "Educar no contexto dos valores bíblico-cristãos para o viver pleno e a excelência no servir". "Fundar um convento e dedicar-se à oração, socorro aos doentes". E o preceito judaico **Tsedaká**, que contempla as ideias de justiça social e solidariedade.

Existiam organizações que, por serem fundações ou associações das Universidades que eram parcei-

ras, tinham sua atuação centrada no ensino e na pesquisa. Já na categoria assistência à saúde, todas se classificaram, principalmente porque, ao celebrarem a parceria com a SMS/SP na implantação do PSF, esse foi um dos requisitos essenciais.

No que diz respeito ao **tempo de atuação da organização** (Quadro 2), pôde-se perceber que existiam desde organizações seculares até aquelas com menos tempo de atuação; isso, porém, não representava que tivessem menor relevância, pois existiam organizações que atuavam no controle e na prevenção da AIDS, como era o caso da Associação Saúde da Família. A Monte Azul atuava na favela no Jardim São Luís, desenvolvendo um trabalho de assistência social e de saúde, e a Sociedade Albert Einstein atuava, também, na assistência à saúde, com crianças da favela Paraisópolis, ambas na região Sul do município. Por esse motivo, algumas organizações apresentavam como tempo de atuação na saúde o tempo da parceria com as instâncias de governo, ou seja, de implantação do PSF. E outras só acrescentaram esse tempo à sua atuação de longa data.

Podemos observar, no Quadro 3, em quais distritos administrativos as organizações atuavam com suas equipes de PSF e, no Mapa 1, todos os distritos de saúde do município de São Paulo. Ao apresentar os distritos nos quais as organizações parceiras estavam atuando, faz-se necessário reforçar as áreas de maior vulnerabilidade e exclusão social. O estudo de referência na implantação do PSF local se baseou no Mapa da Exclusão / Inclusão Social" (Sposati, 2000), apresentado no Quadro 4.

Quadro 2. Tempo de atuação das organizações parceiras na saúde e no PSF.

Organizações	Tempo de atuação da organização (em anos)	Tempo de atuação no setor saúde (em anos)	Tempo de atuação do PSF (em anos)
Santa Catarina	110	110	7
Albert Einstein	52	37	6
ASF	15	15	6
Cejam	5	16	5
FFM	96	96	6
IAE	92	6	6
Monte Azul	28	25	6
Santa Marcelina	46	46	11
Fundação Zerbini	30	30	6
SPDM / UNIFESP	52	52	6
Santa Casa	448*	448	6

* Diz respeito ao tempo de fundação da Santa Casa no Brasil, que foi no ano de 1560. ** Trata-se do tempo desde a inauguração do Hospital da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo que foi em 1884.

Quadro 3. Distritos de Saúde de atuação das Organizações na Implantação do PSF no Município de São Paulo no ano de 2007.

Organizações	Distritos Administrativos
Santa Catarina	Cidade Ademar, Santo Amaro, Pedreira
Albert Einstein	Campo Limpo, M´Boi Mirim
ASF	Brasilândia, Freguesia do Ó, Sapopemba, Cachoeirinha, Casa Verde, Penha, Belenzinho, Aricanduva
Cejam	Jardim Ângela
FFM	Lapa, Pinheiros e Butantã
IAE	Capão Redondo
Monte Azul	Jardim São Luís, M´Boi Mirim
Santa Marcelina	Itaim Paulista, S. Miguel, Ermelino Matarazzo, Guaianazes, Cidade Tiradentes, S. Mateus, Itaquera, Penha e Aricanduva
Fundação Zerbini	Freguesia do Ó, Brasilândia, Vila Penteado, Cachoeirinha. Parque S. Lucas e Sapopemba
SPDM/UNIFESP	Ipiranga, Jabaquara, Vila Mariana, Vila Prudente, Sapopemba e Mooca, Sé, Vila Maria, Perus e Pirituba
Santa Casa	Barra Funda, Bom Retiro, Santana, Tremembé e Jaçanã

MAPA 1. Município de São Paulo dividido em 41 Distritos de Saúde segundo Distritos Administrativos, 2007. (Fonte: Ceinfo / SMS/SP).

Quadro 4. *Ranking* da exclusão social por distritos de saúde.

Ranking da exclusão

1 Jardim Ângela	-1,00	**49** São Lucas	-0,29
2 Grajaú	-0,95	**50** Jaguaré	-0,27
3 Cidade Tiradentes	-0,93	**51** Vila Maria	-0,24
4 Itaim Paulista	-0,92	**52** Limão	-0,24
5 Lajeado	-0,92	**53** Socorro	-0,21
6 Guaianases	-0,90	**54** São Domingos	-0,21
7 Iguatemi	-0,87	**55** Vila Matilde	-0,20
8 Parelheiros	-0,85	**56** República	-0,18
9 Jardim Helena	-0,84	**57** Penha	-0,18
10 Brasilândia	-0,82	**58** Vila Sônia	-0,18
11 Vila Curuçá	-0,79	**59** Mandaqui	-0,17
12 Capão Redondo	-0,77	**60** Vila Prudente	-0,16
13 Pedreira	-0,75	**61** Bom Retiro	-0,16
14 José Bonifácio	-0,73	**62** Liberdade	-0,15
15 Perus	-0,72	**63** Tucuruvi	-0,15
16 São Rafael	-0,71	**64** Vila Formosa	-0,14
17 Cidade Ademar	-0,70	**65** Pari	-0,13
18 Cachoeirinha	-0,70	**66** Cursino	-0,12
19 Jardim São Luis	-0,68	**67** Carrão	-0,11
20 Cidade Dutra	-0,67	**68** Casa Verde	-0,10
21 Sapopemba	-0,67	**69** Cambuci	-0,09
22 Itaquera	-0,67	**70** Ipiranga	-0,06
23 Marsilac	-0,64	**71** Vila Guilherme	-0,06
24 São Miguel	-0,64	**72** Água Rasa	-0,06
25 Vila Jacuí	-0,63	**73** Campo Grande	-0,04
26 Jaraguá	-0,63	**74** Bela Vista	-0,01
27 Campo Limpo	-0,61	**75** Morumbi	-0,01
28 Parque do Carmo	-0,60	**76** Mooca	-0,01
29 Cidade Líder	-0,58	**77** Jaguara	0,00
30 São Mateus	-0,53	**78** Barra Funda	0,03
31 Vila Medeiros	-0,50	**79** Santa Cecília	0,05
32 Cangaíba	-0,50	**80** Tatuapé	0,13
33 Anhangüera	-0,49	**81** Vila Leopoldina	0,16
34 Ermelino Matarazzo	-0,49	**82** Saúde	0,21
35 Artur Alvim	-0,49	**83** Santana	0,25
36 Sé	-0,47	**84** Belém	0,25
37 Raposo Tavares	-0,46	**85** Campo Belo	0,33
38 Ponte Rasa	-0,46	**86** Butantã	0,35
39 Tremembé	-0,44	**87** Itaim Bibi	0,46
40 Jaçanã	-0,42	**88** Alto de Pinheiros	0,46
41 Rio Pequeno	-0,42	**89** Perdizes	0,49
42 Pirituba	-0,41	**90** Santo Amaro	0,51
43 Aricanduva	-0,40	**91** Vila Mariana	0,57
44 Vila Andrade	-0,37	**92** Consolação	0,76
45 Brás	-0,36	**93** Jardim Paulista	0,90
46 Jabaquara	-0,33	**94** Lapa	0,91
47 Freguesia do Ó	-0,3	**95** Pinheiros	0,91
48 Sacomã	-0,31	**96** Moema	1,00

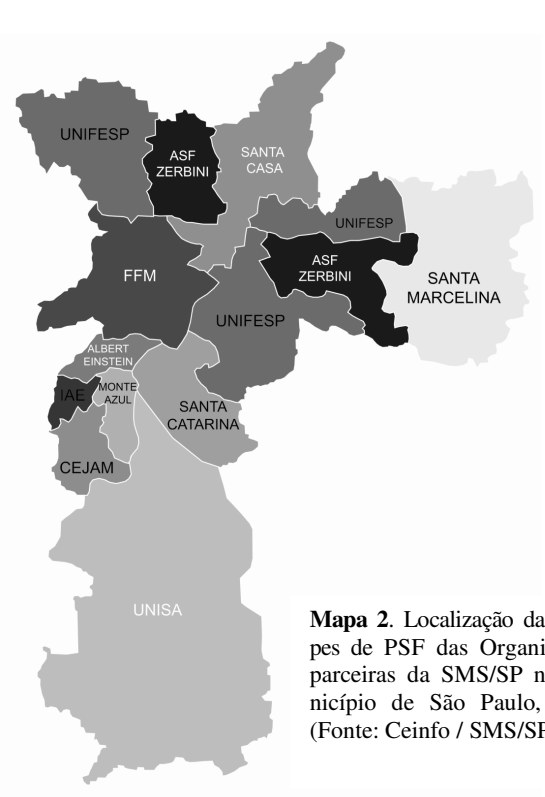
É preciso reconhecer a heterogeneidade da construção do espaço urbano paulistano que, a partir dos anos 1980, imprimiu um novo modelo espacial, com acentuado destaque dos setores terciários e quaternários na economia, embora não menos polarizador que na década anterior, mas possibilitando a criação de subcentros – que não romperam com os padrões espaciais de desigualdade (Elias et al., 2006).

Este foi o contexto e o território onde o PSF começou a atuar, priorizando as regiões em que a renda familiar era de até cinco salários mínimos. Em 2001, a meta para 2005 era ter até 850 equipes, 5.100 ACS e cobertura de 30% da população. Para 2006, a meta era atingir 1.750 equipes, o que correspondia a seis milhões de paulistanos acompanhados pelo PSF (Jorge e Capucci, 2003).

Em 2008, até o momento do fechamento de campo desta pesquisa, o total era de 910 equipes de PSF, com 5.460 ACS e 33 PACS.

Não resta dúvida de que, desde o início, mesmo quando à época do Qualis, até final de 2006, houve de fato crescimento do número de equipes, que podemos classificar como acelerado entre 2001 e 2003, tanto que foram criadas várias equipes de PACS que, gradativamente, se transformaram em equipes de PSF, como veremos mais adiante, na análise da evolução do PSF no município de São Paulo.

No Mapa 2 se observa a localização das organizações parceiras no município de São Paulo.



Mapa 2. Localização das equipes de PSF das Organizações parceiras da SMS/SP no Município de São Paulo, 2007. (Fonte: Ceinfo / SMS/SP).

Outro tema abordado com os entrevistados foi em relação às **fontes de recursos financeiros e materiais** das organizações. Nesse aspecto, foi interessante observar que a principal categoria de análise era a **fonte de recursos financeiros públicos**.

No que se referia ao privado, aqui representado pelas organizações públicas não estatais ou organizações parceiras, ficou evidente que o vínculo com o poder público era fundamental para a sua sustentabilidade, como mostra o Quadro 5. Essas organizações desempenhavam ações voltadas à coletividade e de complementaridade às funções do Estado que, por sua vez, se tornava o agente financiador dos serviços prestados.

O quadro demonstra o que as organizações afirmaram: o repasse para desenvolver as atividades do PSF era 100% público; outras se mantinham com 90% a 100% do repasse de verba pública. Já outras desenvolviam atividades de saúde suplementar, e por esse motivo consideraram também 100% de recursos privados. E, ainda, havia organizações cuja fonte de recursos financeiros não tinha origem específica, recebendo financiamento para projetos de natureza nacional ou internacional, pública ou privada.

Claro que o PSF, proposta do Ministério da Saúde, além de ser um modelo estruturante da atenção primária, tinha viabilizado a sua sustentabilidade promovendo o repasse de verba para sua operacionalização. Enquanto organização pública não estatal, ser parceira em um dos momentos significativos para o município de São Paulo, como a institucionalização do SUS, enquanto um Sistema de Saúde constitucional e nacional, e a implantação do PSF como proposta de acesso à população, trouxe a a essas organizações a sua expansão e visibilidade.

Todas as organizações destacaram como maior fonte de recurso público o repasse de verba do Ministério para o PSF. Porém, algumas organizações, antes da implantação do PSF, já desenvolviam atividades na área da saúde, motivo pelo qual foram convidadas a realizar essa parceria.

No SUS, o cuidado com a saúde pressupõe o ordenamento em níveis de atenção primária, secundária e terciária, também conhecidos como de baixa, média e alta complexidade, respectivamente, visando à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema, que devem ser integrais (Quadro 6).

Quadro 5. Fontes de Recursos Financeiros das organizações parceiras com a SMS/SP, em 2007.

Organizações	Fontes de Recursos Financeiros (em %)			
	Público	Privado	Doações	Outros
Santa Catarina	100% (PSF)	100%	...	...
Albert Einstein	100% (PSF)	100%	...	...
Associação Saúde Família	Financiamento de projetos com verba pública e/ou privada, nacional e/ou internacional			
Cejam	95%	...	5%	...
Fundação Faculdade Medicina	100%	...	...	Verba de Pesquisa
Instituto Adventista Ensino	100% (PSF)	100%	...	...
Monte Azul	60%	11%	12%	17%
Santa Marcelina	100%	Convênios	...	...
Fundação Zerbini	100%	...	...	...
SPDM/UNIFESP	90%	10%	...	...
Santa Casa	100%	...	...	...

Quadro 6. Atividades desenvolvidas pelas organizações parceiras nos níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária, no município de São Paulo, em 2007.

Organizações	Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Terciária
Santa Catarina	PSF- UBS	Ambulatórios e Hospitais Gerais	Hospital Santa Catarina
Albert Einstein	PSF, AMA*	Ambulatórios	Hospital Albert Einstein
Associação Saúde Família	PSF**	Não tem atividades	Não tem atividades
Cejam	PSF	AMA	Não tem atividades
Fundação Faculdade Medicina	CSE Butantã e CS Paula Souza	Hospital Universitário	Hospital das Clínicas
Instituto Adventista Ensino	PSF***	Não tem atividades	Não tem atividades
Monte Azul	UBS e PSF	Ambulatório	Não tem atividades
Santa Marcelina	UBS e PSF	Ambulatórios	Hospital Santa Marcelina
Fundação Zerbini	Qualis/ PSF	Ambulatório	Incor
SPDM / UNIFESP	PSF	Hospital São Paulo	Hospital do Rim
Santa Casa	CSE Barra Funda, PSF	Hospital de retaguarda e Hospitais Gerais	Hospital Central - Santa Casa

Estas informações referem-se a atividades que os entrevistados destacaram como sendo do nível de atenção primária.
*PECP - Programa Einstein Comunidade Paraisópolis; ** Projetos de prevenção e controle de DST, promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher; *** Policlínica; **** Algumas organizações têm atuação na atenção secundária e terciária, mas não são vinculadas ao SUS.

No que se referia às atividades desenvolvidas pelo PSF, todas as organizações entendiam que eram atividades do nível de atenção primária, apesar de existirem organizações que, antes da parceria e até antes do PSF ser implantado e implementado em São Paulo, já desenvolviam atividades bem características desse nível de atenção, que era o trabalho pautado na promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação.

É na atenção primária que os usuários deveriam ter seu primeiro contato com o SUS, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham. As ações desse nível são realizadas pelas especialidades básicas da saúde, que incluem: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia e, inclusive, emergências referentes a essas áreas (ALMA-ATA, 1978; SUS de A a Z, 2004).

Houve divergências nas respostas dos entrevistados quanto às atividades desenvolvidas no nível secundário. Algumas organizações entendiam que as atividades do AMA (Atendimento Médico Assistencial) era do nível de atenção primária, e outras acreditavam ser do nível secundário.

Nesse nível de atenção, ou seja, no secundário, cinco organizações se referiram ao trabalho desempenhado nos ambulatórios: quatro delas consideravam os ambulatórios e os hospitais gerais como parte desse nível de atenção.

Seguindo com as definições, o nível de atenção secundário, ou de média complexidade, é composto por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (SUS de A a Z, 2004).

Sete organizações incluíram suas atividades na atenção terciária, pois desenvolviam atividades em hospitais de alta complexidade. No entanto, existiam quatro organizações que não atuavam no nível terciário.

Na literatura, o nível de atenção terciário ou de alta complexidade é definido como o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, tanto em termos de equipamentos quanto de profissionais especializados, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde, ou seja, primário e secundário (OPAS, 2005).

Uma pergunta do formulário de pesquisa era se as organizações parceiras **desenvolveram anteriormente, ou realizavam no momento, alguma outra parceria com outras organizações públicas estatais, e em caso positivo, quais?** A resposta foi unânime: todos responderam que sim, com diversas instâncias de governo e em vários projetos.

A relação público-privado fazia parte do cotidiano tanto do poder público como das organizações públicas não estatais. Aliás, está previsto no Artigo 4º da Constituição brasileira que, quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isso se deve dar sob três condições:

- A instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS;

- O contrato deverá ser celebrado conforme as normas de direito público;

- A integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS: respeitando seus princípios doutrinários e organizacionais.

A articulação entre poder público e organizações públicas não estatais não representa novidade na história recente dos serviços de saúde no país. São várias as modalidades encontradas que, do ponto de vista administrativo, têm sido justificadas pela suposta racionalidade no uso dos meios financeiros e materiais disponibilizados pelo poder público na oferta de serviços de saúde.

Havia, por outro lado, a justificativa de que a construção do SUS deveria estar baseada no princípio de articulação com os serviços oferecidos pelo conjunto de organizações prestadoras de serviços de saúde do setor privado, entendido aqui como todo serviço não estatal.

Fosse pela legislação, pela articulação com o serviço privado, ou na racionalidade do uso de recursos, fato era que a relação público-privado existia em todos os níveis de governo, porque, no universo das organizações, elas tinham desenvolvido atividades nos três níveis de atenção à saúde, dando opções para o governo de atuar na assistência, no ensino e na pesquisa em projetos de parceria com organizações como hospitais de grande porte e/ou mesmo com universidades.

Com relação ao porte de cada organização no que se referia ao número de funcionários, está demonstrado no Quadro 7 que seis organizações tinham elevado número de funcionários, na faixa de cinco a treze mil trabalhadores, e três organizações, por sua vez, entre 1.100 a aproximadamente 1.900 trabalhadores, demonstrando crescimento da organização depois da parceria com a SMS/SP na implantação do PSF.

Quadro 7. Quadro geral de funcionários e voluntários das organizações parceiras.

Organizações	Total de Funcionários da Organização	Total de Funcionários no PSF	Voluntários Sim ou Não	Função dos Voluntários
Santa Catarina	8.500	756	Não	_
Albert Einstein	6.000	650	Não	Voluntariado do Hospital
Associação Saúde Família	1.150	1090	Não	_
Cejam	1.890	1069	Sim	Projeto Dr. Conforto
Fundação Faculdade Medicina	10.000	340	Não	_
Instituto Adventista Ensino	Não sabe	737	Não	_
Monte Azul	1148	928	Sim	Estrangeiros nas funções: pedagogia, cultural, geral
Santa Marcelina	10.000	2800	Sim	Educador físico
Fundação Zerbini	5.100	1200	Não	Conselheiros municipais ajudando no acolhimento
SPDM / UNIFESP	13 500	6 200	Não	_
Santa Casa	10.000	l98	Não	Voluntariado do Hospital

Compartilhar saberes e experiências exigia organização, planejamento e sistematização, e uma estratégia para concretizar era utilizar a capacitação.

Falar de capacitação e educação permanente era algo inerente ao PSF, pois o Ministério da Saúde instituiu os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o Programa Saúde da Família[25]. Além disso, estava contido no documento norteador que a equipe de apoio à implantação do PSF deveria apoiar e articular com o Polo, no sentido de desenvolver recursos humanos de forma a possibilitar a realização de novas práticas que conduzissem a transformação dos profissionais de saúde desse nível de atenção.

Outro aspecto abordado com os entrevistados foi com relação à capacitação e educação permanente aos funcionários. Todos os entrevistados responderam que suas equipes já tinham feito o Módulo Introdutório, ou Momento I, recomendação a todos os componentes da equipe ao ingressar no PSF. Outros informaram que suas equipes já tinham passado pelos Momentos II e III (Documento Norteador) (Disponível em www.prefeitura.sp.gov.br/psf).

Além do conteúdo preconizado no Documento Norteador, algumas organizações realizavam variadas formas de capacitação, tanto para os trabalhadores como para os voluntários.

Alguns citaram que tinham um cronograma de capacitação e educação permanente com cursos, palestras, discussões de caso. Outros incorporaram em seus cronogramas a preceptoria por categoria de profissional: médicos, enfermeiros e dentistas. E duas organizações, além desse repertório de capacitação, ofereciam residência médica em Medicina de Família e Comunidade.

Essas ações eram realizadas independentemente da iniciativa, exigência ou apoio da SMS/SP. Nas entrevistas ficaram muito evidentes a preocupação e a importância que as organizações davam a esse aspecto.

As organizações colocaram que, para um modelo de atenção à saúde tão arrojado, a capacitação e a educação permanente eram os ingredientes mais importantes para não se perder de vista a proposta do programa e conseguir de fato ter um manejo adequado para as ações e intervenções na realidade trabalhada. As organizações que já tinham esse procedimento incorporado em seu planejamento o realizavam sem esperar por recursos da SMS/SP. Outras, no entanto, como era o caso das organizações ligadas às universidades, contavam com sua estrutura interna e acabavam solicitando ao corpo docente uma dedicação a esse assunto. Esse fato deixava as parceiras em nível de desigualdade no que se referia ao contingente de trabalhadores capacitados e preparados para atuarem com a população adscrita, ou seja, o público-alvo em uma área de abrangência.

Em relação à **população-alvo assistida pelas organizações durante sua história**, puderam ser observadas três principais categorias (Quadro 8). A primeira chamou a atenção, porque se apresentou de maneira predominante: mencionaram ser a **população-alvo aqueles segmentos sociais considerados mais necessitados no conjunto da população**. Indicavam, por exemplo, intervir junto a grupos sociais "excluídos" socialmente, também denominados de "moradores da periferia", "moradores de favelas", "comunidades carentes" e "grupos não privilegiados".

Uma segunda categoria destacou-se por apresentar **a população como um todo, sem distinção de grupos sociais**. Indicavam a necessidade de atender "à população", em alguns casos, incluindo a tradição de assistência no nível hospitalar à população da cidade: assistir à população de toda a sua "área de abrangência". Num caso, houve a indicação de que eram assistidas as pessoas com necessidades em saúde, sem especificar segmento ou classe social. Noutro caso, foi indicado o atendimento "próprio para o SUS".

Uma organização citou o **atendimento de qualidade** como o fator de maior importância, ainda que a

25 Os polos têm por objetivo oferecer cursos de atualização nas abordagens coletivas e individuais com vistas à melhoria da resolutividade, implantar educação permanente com cursos curtos, implantar cursos de especialização e pós-graduação em Saúde da Família, introduzir conteúdos referentes à estratégia Saúde da Família e promover inovações curriculares nos cursos de graduação da área da saúde. Como atividades dos polos, destacam-se as seguintes: treinamento introdutório (princípios e diretrizes do SUS, bases doutrinárias da atenção primária à saúde, desenvolvimento do trabalho em equipe, territorialização, diagnóstico de saúde da população adscrita e desenvolvimento de técnicas de mobilização social); cursos para instrutores/supervisores do PACS e Agente Comunitário de Saúde; cursos em áreas que a atenção básica vem trabalhando – DST/HIV e AIDS, hanseníase, tuberculose, diabetes, hipertensão arterial, nutrição, saúde bucal, saúde mental e assistência farmacêutica; curso de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância; cursos em Sistema de Informação da Atenção Básica; cursos com abordagem integral por etapa de ciclo de vida: criança, adolescente e jovem, adulto, mulher e idoso. (www.saude.gov.br-dab-docs-publicacoes).

Quadro 8. População-alvo das organizações parceiras e breve descrição de motivos para a escolha desse segmento populacional em sua história.

Santa Catarina	A ACSC por ter um cunho religioso procurou sempre em sua história atuar junto aos mais necessitados e excluídos da sociedade sendo eles seu público maior (aproximadamente 90% de sua atuação).
Albert Einstein	A preocupação era dar um atendimento de qualidade, buscando o que tinha de melhor, para o qual os profissionais fossem capacitados e tivessem a melhor assistência a prestar para população, tanto que, em sua história, eles sempre tiveram essa preocupação, foram atrás da ISO 9001, *Joint Commission International* (JCI).
Associação Saúde Família	População mais carente, da periferia.
Cejam	População do sexo feminino e crianças de 1992 – 2001 em São Paulo. Comunidade carente do município de São Paulo a partir de 2002.
Fundação Faculdade Medicina	Na verdade é atender a população. O Hospital das Clínicas sempre teve essa coisa de atender todo mundo, fazer mais do que pode, sempre foi um lugar que atendeu, atendeu muito, como a Santa Casa, acho que são os dois lugares que são os esteios de São Paulo, nunca recusou ninguém.
Instituto Adventista Ensino	Busca atender as necessidades da região e por ser uma escola com estrutura para pensionato, recebe alunos de outras regiões do Brasil e do exterior.
Monte Azul	A instituição começou trabalhando exclusivamente com crianças carentes da favela Monte Azul, mas desde que ampliou suas atividades segue o seguinte preceito: "Promover o amor ao ser humano independentemente da nacionalidade, raça, religião, posição política e condições social e física, proporcionando oportunidades através de educação, cultura e saúde, principalmente para as pessoas não privilegiadas se desenvolverem material, social e espiritualmente, estimulando-as a agir conscientemente, com liberdade e amor."
Santa Marcelina	Toda população da zona Leste e o PSF na sua área de abrangência
Fundação Zerbini	Público com necessidades de saúde
SPDM / UNIFESP	Iniciou com atendimento próprio para o SUS
Santa Casa	Na história da Irmandade é atender aos necessitados. Nas comunidades carentes é onde o PSF trabalha melhor.

a pergunta não versasse sobre tal assunto. Porém, a resposta se tornou importante, dentro do conjunto de respostas, porque permitiu inferir que a organização não fazia distinção de público-alvo, mas fazia questão de destacar a necessidade de oferecer serviços de qualidade com as seguintes preocupações: capacitação dos profissionais, qualidade técnica no atendimento e, ainda, a preocupação com as certificações institucionais de qualidade, por exemplo, ISO 9001-2000 e *Joint Commission International*.

Por fim, quando retomados os princípios de organização do PSF no município de São Paulo, existia a preocupação de implantá-lo em áreas consideradas de maior vulnerabilidade social e de saúde. Boa parte dessas organizações já se ocupava, em suas histórias particulares, de atender a esses segmentos da população, até porque já atuavam e continuaram atuando em áreas com graus acentuados de vulnerabilidade social.

4.3 O PSF e as Organizações Parceiras

O PSF decorreu de uma iniciativa do MS que teve início com o PACS em 1991. Foi implantado em cidades pequenas, onde a regra era a escassez de serviços e de profissionais de saúde, alta mortalidade infantil e materna, existência de doenças transmissíveis e baixa expectativa de vida ao nascer, que passaram a ser o foco do programa (Capistrano, 1999).

Resultados significativos observados em alguns municípios das regiões Norte e Nordeste, como a redução de internações por desidratação, a cobertura vacinal em porcentagens elevadas, a maior aderência aos tratamentos prescritos para doenças tanto crônicas quanto transmissíveis, gestantes realizando pré-natal e recém-nascidos sendo amamentados, foram incentivos para implantar o PSF em todo o território nacional.

Em São Paulo, com a proposta de descentralização em direção aos estados e municípios e, em 2001, com a municipalização, o então Secretário Municipal de Saúde, Dr. Eduardo Jorge, utilizou a estratégia de parcerias com outras organizações localizadas em diferentes regiões da cidade para implantar o PSF, tendo experiências anteriores de êxito como padrão a ser seguido (Capistrano, 1999; Jorge e Capucci, 2003).

No Quadro 9, podemos verificar a implantação do PSF no município de São Paulo, com destaque às organizações parceiras que participaram da implantação do Qualis e passaram, em 2001, a atuar no PSF.

A Figura 1 demonstra a evolução das equipes do PSF no município de São Paulo. É necessário fazer uma observação, pois, no início da parceria, três organizações tinham equipes de PACS e, portanto, não aparecem representadas no gráfico. Já a Figura 2 demonstra a transformação das equipes de PACS em equipes de PSF; porém, duas organizações parceiras (Albert Einstein e Monte Azul) ainda tinham equipes de PACS e, durante a realização da pesquisa de campo, essas organizações relataram que estavam em negociação com a SMS/SP para transformar todas em equipes de PSF até o final de 2008.

Quadro 9. Evolução da implantação das equipes de PSF pelas organizações parceiras no município de São Paulo.

Organizações	Teve atuação no período do Qualis/SES (em anos)	Número de equipes de saúde da família e PACS no início do convênio com a SMS/SP	Número de equipes de saúde da família e PACS no final do ano de 2006	Número de equipes de saúde da família e PACS na atualidade
Santa Catarina	Sim (dois anos)	2000 – 30 equipes	60 equipes	60 equipes
Albert Einstein	Não	2001 – 65 PACS 2003 – 27 equipes e 38 PACS	38 equipes e 17PACS	55 equipes e sete PACS
Associação Saúde Família	Sim com a Zerbini	2001 – 60 equipes	106 equipes	115 equipes
Cejam	Não	2002 – 07 equipes	79 equipes	79 equipes
Fundação Faculdade Medicina	Sim com a Zerbini	2001 – 33 equipes	33 equipes	33 equipes
Instituto Adventista Ensino	Não	2001 – 65 equipes	75 equipes	75 equipes
Monte Azul	Não	2001 – 68 PACS	70 equipes e 16PACS	70 equipes e 16PACS
Santa Marcelina	Sim quatro anos	1996 – 11 equipes	232 equipes	232 equipes
Fundação Zerbini	Sim três anos	1998 – 55 equipes	70 equipes	70 equipes
SPDM / UNIFESP	Não	2001 – 69 equipes 13 PACS	128 equipes	198 equipes
Santa Casa	Não	2001 – 14 equipes	19 equipes	19 equipes

Os destaques são das organizações que participaram do Qualis.

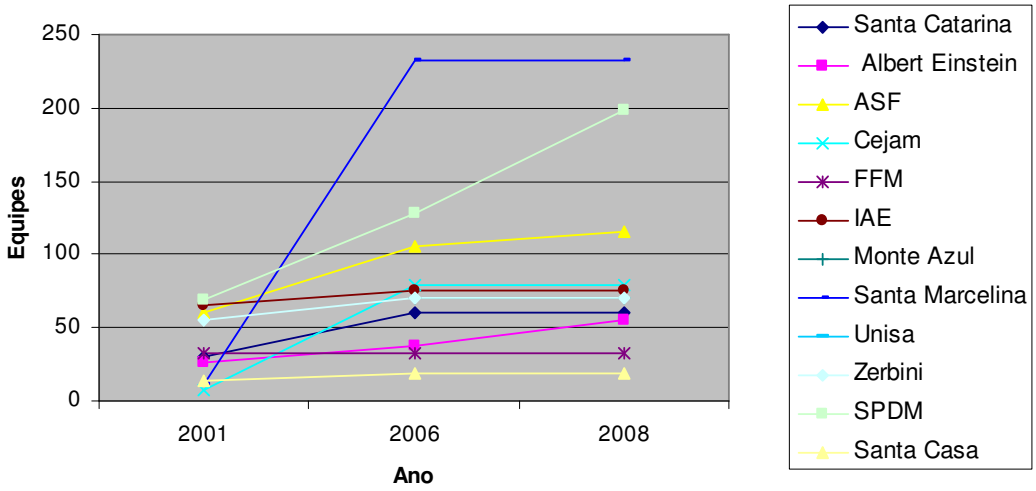


Figura 1. Representação gráfica da evolução das equipes do Programa Saúde da Família no município de São Paulo.

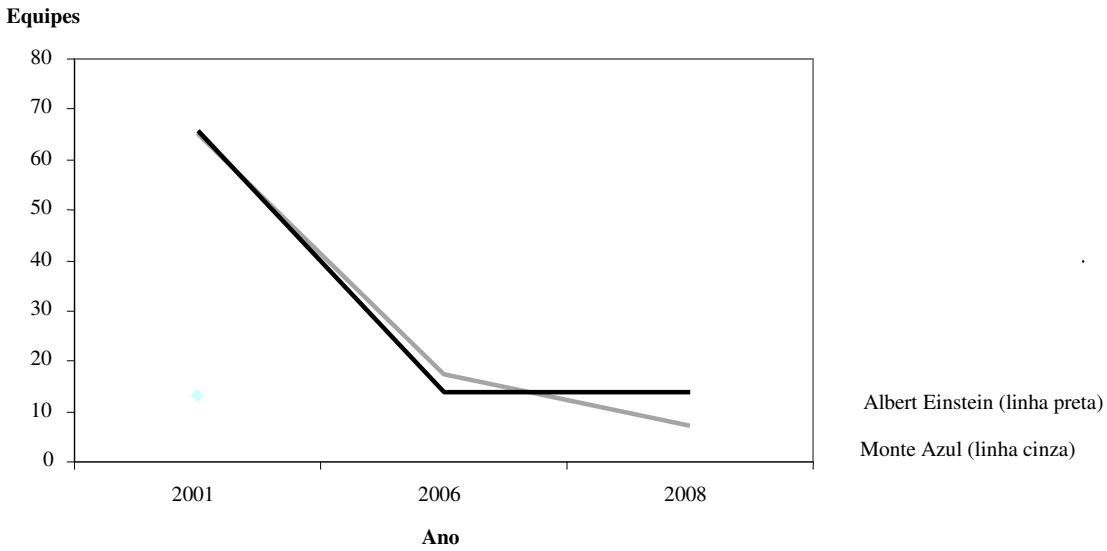


Figura 2. Representação gráfica da transformação de equipes de PACS em PSF no município de São Paulo.

Quanto à **realização de avaliações, tanto internas como externas, por usuários, funcionários ou equipe de comando**, as respostas dos entrevistados foram categorizadas: a **avaliação pela equipe de comando** se detinha na avaliação do processo de trabalho, indicadores e metas; **pelos usuários** ocorria por meio de pesquisa de satisfação ou nos conselhos gestores; **e o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica)** foi indicado por todos os entrevistados como um instrumento de avaliação de produtividade.

O SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS) para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do PSF. O sistema agrega os dados e processa as informações sobre a população acompanhada, como território, problemas de saúde e responsabilidade sanitária, assumindo características distintas dos demais sistemas existentes. Foi desenvolvido como instrumento gerencial, permitindo aos gestores municipais, estaduais e federais o acompanhamento contínuo e a avaliação das atividades desenvolvidas, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Por meio do SIAB, obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde (Disponível em: www.datasus.gov.br /sai/siab.htm).

Mesmo sabendo a que o SIAB se propunha, nem todas as organizações o utilizavam como ferramenta gerencial, mesmo que desse documento constassem informações que poderiam ajudar na organização do trabalho; elas cumpriam a exigência de encaminhar os dados a SMS/SP.

Ao perguntarmos **como foi estabelecida a organização do trabalho com a rede de serviços de referência**, os entrevistados indicaram o serviço de **regulação** da SMS/SP como a única maneira de vinculação com o SUS.

Ao longo de 2001, por meio da SMS/SP, o município de São Paulo voltou ao SUS e, em julho de 2003, habilitou-se na Gestão Plena; isso quer dizer que assumiu a responsabilidade de toda a gestão do sistema de saúde no município, incluindo a assistência aos cerca de dez milhões de paulistanos usuários diretos do serviço público de saúde.

Essa população era atendida em unidades municipais, estaduais, federais e privadas (conveniadas ou contratadas), prestadoras de serviços SUS.

A Gestão Plena garante os instrumentos legais e administrativos essenciais para dar lógica a esse sistema, e a **regulação** é o mecanismo básico que permite alocar e utilizar os recursos de forma otimizada, garantindo a equidade no acesso do cidadão aos serviços públicos de saúde.

A regulação equivale a um sistema de referência e contrarreferência, no qual o fluxo de pacientes obedece a uma lógica de regionalização geográfica e de disponibilização de vagas, de acordo com as necessidades do paciente e da capacidade resolutiva da rede de atenção (Disponível em: http://www.telemedicina.unifesp.br-pub-SBIS-CBIS2004-trabalhos-arquivos-397.pdf.url).

Em um sistema de saúde no qual a referência e contrarreferência estejam bem implementadas, o fluxo típico a ser seguido pelo cidadão que necessite de atendimento se inicia na UBS mais próxima de sua residência ou local de trabalho. Se necessário, ele deve ser encaminhado a um Ambulatório de Especialidades para realização de exames complementares ou consultas especializadas. De volta à sua UBS, e de posse do resultado do exame ou da consulta, o paciente continua o seu tratamento localmente, podendo ser encaminhado para novos exames ou consultas, ou mesmo para uma internação hospitalar. Cada um desses passos utiliza recursos públicos – profissionais de saúde, equipamentos e leitos – compartilhados por toda a população (Disponível em: http://www.telemedicina.unifesp.br-pub-SBIS-CBIS2004-trabalhos-arquivos-397.pdf.url).

Considerando que o PSF trabalhava com um território e com uma heterogeneidade marcante, as demandas vindas dessa área de abrangência também seguiam a mesma heterogeneidade e complexidade.

O tratamento dessas demandas e dos problemas vivenciados pelas pessoas exigia uma visão integrada dos vários aspectos e processos que constituem a vida dessas pessoas, tais como: saúde, emprego, educação, habitação, liberdade política etc. Enfim, requer da equipe uma atuação intersetorial, buscando um trabalho em rede (Sen, 1993).

O indivíduo, para ter qualidade de vida, precisa tratar dos problemas que determinam conseguir essa qualidade, como eles aparecem na realidade, no contexto em que vive e como se relaciona com eles. Necessita ser tratado na sua totalidade, e não de forma fragmentada, como ainda se vê nas políticas públicas.

De acordo com Junqueira (1998), intersetorialidade pode ser entendida como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando ao desenvolvimento social.

Já o termo rede sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais e democráticas entre parceiros, em que se articulam pessoas físicas ou jurídicas, organizações públicas ou privadas, ocorrendo interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal. A rede é um fato social, mas também uma oportunidade de reflexão sobre o social

e sobre as práticas cotidianas (Junqueira, 2000). A ideia de rede tem aparecido fortemente nas discussões sobre as políticas sociais como um instrumento de gestão, com vistas a ampliar os resultados e impactos dessas políticas (Inojosa, 1999).

O PSF acabou por se configurar como verdadeiro "guarda-chuva" de possíveis projetos, e o programa, em sua constituição, não fazia restrições nem impedimentos à realização desses projetos. O documento norteador preconiza incentivar as organizações parceiras, por meio de suas equipes, a buscar parcerias com outros setores, como na educação, na habitação, ou com ONGs, em projetos específicos que vão ao encontro das necessidades daquela população que se encontra em determinada área de abrangência.

Para tanto, foi perguntado aos entrevistados se eram elaborados projetos, quais eram e se, no momento da pesquisa, prestavam serviços em outras áreas, como: educação, assistência social e outros.

As respostas dos entrevistados seguiram a mesma heterogeneidade encontrada pelo PSF em seu território, isto é, não houve nas respostas um padrão quanto aos projetos desenvolvidos. Os entrevistados mencionaram tanto projetos em andamento quanto aqueles que já aconteceram, como se pode observar no Quadro 10.

4.3.1 Recursos humanos no PSF

O PSF era um programa inovador, como dito anteriormente, por trabalhar essencialmente com uma equipe, preconizando os recursos tecnológicos e materiais, quando necessários, para adequação do espaço para as equipes se instalarem. Sendo assim, constituímos uma seção só para tratar desse assunto.

Sob as diretrizes da SMS/SP e em conformidade aos princípios da universalidade, equidade e integralidade – pilares do SUS, as organizações parceiras começaram seu trabalho na implantação do programa. Inicialmente, no que diz respeito às metas de implantação do PSF, a SMS/SP determinou que as equipes deveriam ser montadas rapidamente para cumprir a finalidade de dar acesso à população aos serviços de saúde. Nesse sentido, a contratação via CLT tornou mais ágil o processo de composição das equipes.

É sabido que o processo seletivo para ocupação de cargos públicos passa por várias fases, que são: edital de abertura de concurso, realização das provas, resultados e convocação. Na modalidade de contratação por meio de seleção pública, o poder público, realizando a parceria com as organizações públicas não estatais, tornou ágil a contratação de recursos humanos, pois até passar por todo esse processo, que é exigido para o concurso público, a implantação do PSF não aconteceria na época e da forma como aconteceu.

A implantação do PSF, no que diz respeito a recursos humanos, consistia em: divulgação dos cargos, seleção e contratação dos trabalhadores, capacitação das equipes frente às demandas do território onde estavam inseridas, e **organização e supervisão do trabalho desenvolvido**.

No que se referia à **forma de divulgação e seleção dos trabalhadores contratados**, existia quase uniformidade nas respostas dos entrevistados.

Quanto ao ACS, era exigência do programa que fosse morador da área adscrita; portanto, todas as organizações divulgavam suas vagas na própria unidade, na microárea, no comércio local, por meio de um edital com a descrição e as etapas do processo seletivo. Quanto aos outros cargos (auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico), a forma de divulgação também se aproximava. Todas as organizações parceiras divulgavam em o edital seu *site* e, além dessa estratégia, em alguns casos, usavam sua criatividade, que ia desde ter um banco de currículos até a divulgação das vagas em instituições de ensino superior e técnico, conforme o caso.

Já nos critérios de seleção todos os entrevistados colocaram que recebiam currículos dos interessados, analisavam, selecionavam e convocavam para uma prova escrita de múltipla escolha; os candidatos também participavam de uma dinâmica de grupo e de uma entrevista.

Quadro 10. Serviço(s) prestado(s) atualmente pelas organizações parceiras na área da educação, da assistência e/ou outros.

Santa Catarina	**Assistência Social**: projetos de responsabilidade social com foco nas crianças e adolescentes. Realização de gincanas de arrecadação de alimentos, roupas e brinquedos. Cuidando do cuidador. **Educação:** Cronograma de palestras e seminários com temas pertinentes ao PSF e preceptoria para médicos e enfermeiros nas áreas de atuação. **Outros:** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), terapia comunitária. PAV (Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis)
Albert Einstein	**Assistência Social**: lar de idosos, lar de crianças, berçário ligados à congregação israelita apoiadas pelo Einstein **Educação:** cronograma de capacitação e treinamentos específicos com temas pertinentes ao PSF e preceptoria para médicos e enfermeiros nas áreas de atuação **Outros:** PEC – Programa Einstein na Comunidade Paraisópolis, convênios com o município para fornecer equipamentos e RH PAV (Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis)
Associação Saúde Família	**Educação:** Projeto "Scuta aí" com adolescentes sobre: sexualidade, meio-ambiente e geração de renda **Outros:** prevenção e controle da AIDS, DST e Saúde Reprodutiva, Terapia comunitária PAV (Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis)
Cejam	**Assistência Social:** Dr. Conforto, Deficiente Saudável, Ajudando quem precisa, Viva Leite, Campanha do Agasalho **Educação:** curso de auxiliar e técnico de enfermagem **Outros:** PAV (Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis)
Fundação Faculdade Medicina	**Educação:** aulas, discussões de casos e artigos científicos, ou palestra com especialistas **Outros:** PAV (Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis)
Instituto Adventista Ensino	**Educação:** pré-escola, fundamental e médio, universitário, e cursos de especialização em várias áreas **Outros:** Policlínica com atendimento aberto para a comunidade e área de abrangência do PSF.
Monte Azul	**Assistência Social:** projeto de urbanização da favela Monte Azul, e apoio às outras instituições da região. **Educação:** creche, oficinas para crianças e adolescentes. **Outros:** Centro Cultural, padaria, marcenaria, loja com produtos (bonecas de pano, brinquedo de madeiras e outros), atendimento ao excepcional, Casa da Trilha (atendimento ao usuário de álcool e droga) e Casa de Parto. PAV (Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis)
Santa Marcelina	**Assistência Social:** Cuidando do cuidador. **Educação:** Cronograma de capacitação com temas pertinentes para discutir na equipe de PSF **Outros:** Terapia comunitária PAV (Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis)
Fundação Zerbini	**Assistência Social:** cuidando do cuidador. **Educação:** cronograma de capacitações e discussões de casos **Outros:** terapia comunitária PAV (Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis
SPDM / UNIFESP	**Assistência Social**: cuidando do cuidador. **Educação:** capacitações para outros municípios como consulta de enfermagem para enfermeiros, planejamento estratégico para gerentes de unidade. **Outros:** terapia comunitária PAV (Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis.
Santa Casa	**Assistência Social**: O voluntariado do Hospital desenvolve ações nessa área **Outros:** PAV (Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis)

Alguns entrevistados acrescentaram a esse processo algumas ferramentas que julgaram ajudar na escolha do candidato como: dinâmica de grupo, discussão de caso em grupo por categoria, e entrevista cujo foco era a essência do PSF – que consistia em assumir a responsabilidade daquele indivíduo ou família. Os entrevistados consideraram ajudar muito a visualização do manejo do caso e o perfil profissional.

O perfil do trabalhador foi abordado com os entrevistados. Perguntamos se **existia um perfil que se**

recomendava seguir, ou ficava a critério da organização estabelecer esse perfil.

Todos os entrevistados se referiram ao Documento Norteador como parâmetro, pois nesse documento existia uma descrição de cada função, e os que iam além, era criação da organização. Destacam-se algumas citações dos entrevistados:

> *"Médico tem que ter residência em Medicina de Família e Comunidade."*

> *"... às vezes que a gente foi menos rigoroso e botou uma pessoa mais ou menos, essa pessoa, na hora que o aluno chega ela pede demissão e vai embora porque ela não tem cacife. Porque essas pessoas... elas não conseguem ter resolutividade, essas pessoas se transformam em encaminhadoras e aí a gente não consegue melhorar nada."*

> *"Tem o documento norteador, mas a gente impõe o nosso, os nossos critérios. Pessoas sem a competência técnica não adianta ter perfil."*

> *"Os profissionais da UBS participam de todo o processo. Com relação à contratação de médico, a coordenadoria regional também participa da seleção."*

Após várias oficinas, intituladas *Conversando com Distritos*, foi possível batizar o Documento Norteador, que nada mais era do que consenso sobre as responsabilidades, as competências e as atribuições dos atores envolvidos na implantação do PSF, que iam desde os ACS, Equipes de Saúde da Família, Coordenadores de Distritos, Diretores de Unidades Básicas de Saúde, Interlocutores Regionais, Organizações Parceiras e Coordenação Central do PSF.

O documento norteador era a "espinha dorsal" do PSF, que trabalhava sob os princípios e diretrizes do SUS, auxiliando na reorientação do modelo de atenção e na busca da integralidade das ações e serviços de saúde. O conteúdo do documento inclui:

- princípios norteadores da organização das UBS;

- responsabilidades na atenção à saúde das famílias;

- responsabilidades na esfera gerencial e na administração das UBS;

- responsabilidades na gestão das UBS / PSF.

Este documento foi implantado de acordo com a Portaria 1.787, de 26 de setembro de 2001, cuja função principal é normatizar, acompanhar e avaliar os processos de reorganização da atenção básica, tendo no PSF seu eixo central.

Faz-se essa pequena explanação sobre o Documento Norteador, porque foi muito citado pelos entrevistados.

No tocante aos tipos de vínculos empregatícios estabelecidos, todas as organizações afirmaram seguir a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) como único vínculo dos trabalhadores do PSF no município de São Paulo.

Sabe-se que o PSF no Brasil apresenta problemas de precarização do trabalho, isto é, não é emprego estável, sem aposentadoria, os contratos são temporários, ou nem há algum vínculo, principalmente com o ACS, função que surge nesse cenário, tendo respeito e legitimidade da população (Cherchglia, 2002; Fernandes, 2003; Lima, 2004).

Como resultado de muitas discussões nesse sentido, o Governo Federal criou a lei que regulamentava a profissão de Agente Comunitário de Saúde – Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, e a Portaria 2.430, de 23 de dezembro de 2003, criou o Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS.

A CLT foi criada pelo Decreto-Lei 5.452, de 1º de maio de 1943, uma das leis mais importantes que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho e estabelecem as normas de direito material e processual relacionada ao direito trabalhista. A CLT continua sendo o principal instrumento para regulamentar as relações de trabalho e proteger os trabalhadores, pois garante: Carteira de Trabalho assinada (CTPS), Vale-transporte, Férias, Adicional noturno, 13º salário, FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), Faltas sem desconto em salário em casos de

falecimento do cônjuge, pai, mãe, filhos, irmão, de casamento, de licença paternidade e de doação voluntária de sangue.

No início da implantação do PSF no município de São Paulo, muitos funcionários públicos com vínculo empregatício estatutário migraram para o PSF para compor as equipes; porém, a jornada de trabalho semanal da equipe de PSF era integral, ou seja, 40 horas, não sendo compatível com o determinado pelos contratos de trabalho desses servidores públicos. Houve a necessidade, na ocasião, de se fazerem alguns ajustes desde na carga horária até na complementação salarial para algumas funções. Por isso, na pergunta **tipo de contratos estabelecidos com os funcionários públicos concursados na SMS/SP**, todos os entrevistados responderam CLT e contrato complementar.

Quanto à **política de cargos e salários e plano de carreira**, os entrevistados responderam que seguiam o que foi definido pelo programa, existindo no Documento Norteador uma descrição das funções e das atribuições de cada categoria e dos reajustes de salários pelos dissídios.

No que se referia ao plano de carreira, quatro instituições tinham um plano estruturado, mas os funcionários do PSF não eram contemplados, e essa informação remete à última colocação que diz respeito tanto à política de cargos e salários quanto, por consequência, ao plano de carreira. Todos os entrevistados apontaram a necessidade de se discutir o assunto; alguns até já tinham um projeto para apresentar à SMS/SP: precisava de uma equiparação salarial, pois existiam, na mesma região, organizações parceiras pagando salários diferentes para o mesmo cargo, principalmente para o cargo de médico, que apresentava muita rotatividade. Isso poderia gerar competição e disputa pela contratação. Exemplo disso estava nessa fala:

> *"Tomamos o cuidado de não tirar médico de ninguém, não faz sentido, todas* [organizações] *precisam."*

Nessa mesma colocação, outras três instituições estavam em fase de elaboração de projeto de uma política de cargos e salários, e duas instituições tinham como plano de carreira o processo seletivo interno de que os funcionários do PSF participavam.

Outro aspecto que estava diretamente ligado a uma política de recursos humanos era **a política de benefícios aos funcionários**, e o que mais apareceu nas respostas dos entrevistados foram os benefícios de Cesta Básica e Vale-transporte, que todas as organizações forneciam. Outro benefício que também se evidenciou foi a assistência médica, sendo que cinco organizações contratavam esse serviço. Duas outras tinham na própria instituição o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT); apesar de o considerarem um benefício aos funcionários, era um serviço instituído pela Norma Regulamentadora 7 (NR-7)[26], a sétima norma contida na Portaria 3.214/78.

Na sequência, cinco instituições forneciam o Vale-alimentação. Depois apareceram outros benefícios, mas não com tanta evidência, como: auxílio-creche, fornecimento de uniformes (capa, guarda-chuva, protetor solar), seguro de vida, e cooperativa de crédito (Quadro 11).

Os entrevistados foram indagados quanto **à rotatividade e o absenteísmo do quadro de funcionários do PSF**, e dentre as respostas todos colocaram que o profissional que mais apresentava rotatividade era o médico. As causas apontadas para essa situação foram diversas: a falta de compreensão do programa, a violência, a pobreza e a exigência de dedicação de 40 horas semanais – isso não fazia parte da cultura dos médicos, que estavam acostumados a trabalhar algumas horas ou davam plantões em vários lugares (principalmente no nível terciário da saúde). Mudar essa cultura era difícil e precisava de estímulos. Alguns entrevistados acreditavam que a capacitação fosse um diferencial para mantê-los, enquanto outros acreditavam que o salário e o plano de carreira poderiam ser fatores que assegurassem o profissional no emprego. Exemplo disso está nesta fala:

26 Atualmente esta norma recebe o nome de "PCMSO — Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional" (anteriormente a dezembro de 1994 era chamada simplesmente "Exames Médicos").Esta Norma Regulamentadora estabelece que todos os empregadores, e instituições que admitam trabalhadores como empregados (independentemente da quantidade de empregados), têm a obrigatoriedade de elaborar e implementar um programa de saúde ocupacional (PCMSO) para sua empresa com o objetivo de promover e preservar a saúde de seus trabalhadores.

Quadro 11. Relação de benefícios fornecidos aos funcionários do PSF pelas organizações parceiras.

Política de benefícios aos funcionários							
Organizações	**Assistência médica**	**Cesta básica**	**Vale-transporte**	**Vale-alimentação**	**Uniformes**	**Auxilio creche**	**Outros**
Santa Catarina					-	-	Cooperativa de crédito
Albert Einstein					-	-	-
Associação Saúde Família	-			-	-	-	-
Cejam						-	-
Fundação Faculdade edicina	-			-		-	-
Instituto Adventista Ensino				-	-		Seguro de Vida
Monte Azul				-	-		-
Santa Marcelina				-	-	-	-
Fundação Zerbini	-				-	-	-
SPDM / UNIFESP					-	-	-
Santa Casa				-	-	-	-

Legenda: as células sombreadas indicam que o benefício é fornecido.

> *"Esse pessoal que não tem perfil acadêmico, vai pra onde paga mais do que o nosso grupinho fixo;* [por isso] *ele pode ser acadêmico, mas não ser da faculdade* [sendo assim] *ele passa menos tempo* [na equipe] *e o cara que não tem vínculo acadêmico nenhum, esse roda muito. Por isso que o programa acabou sendo muito baseado em ex-alunos* [da nossa faculdade]."

Já no tocante ao absenteísmo, os entrevistados apontaram que o ACS era o que mais apresentava esse problema. No controle de ponto era possível observar as faltas, os atrasos e os afastamentos, mas era feita uma análise das causas desse absenteísmo. Foi apontado como causa do absenteísmo o contato com a realidade em que apareciam muitos problemas de saúde mental e violência, ficando esses profissionais exauridos com a realidade da sua comunidade. As formas que as instituições encontravam para dar conta desse problema iam desde conversas individuais, antes de fazer valer as sanções previstas na CLT, a discussões com as unidades sobre os dados fornecidos e até palestras e treinamentos ministrados pelo SESMT. Outro exemplo está nesta fala:

> *"Acompanhamos os dados do SESMT e precisamos colocar um psiquiatra pra atender a demanda* [...] *tem regiões muito difíceis, com muita violência e de saúde mental, e os funcionários reclamavam que a gente não cuidava deles, aí surge o SESMT."*

4.3.2 Supervisão e organização do trabalho do PSF

Outro assunto abordado com os entrevistados foi **como se dava a supervisão do trabalho desenvolvido pelas equipes**. Todas as organizações referiram ter uma equipe de coordenação. O tamanho dessa equipe apresentava variações de parceira para parceira – era essa equipe que fazia a supervisão do trabalho desenvolvido.

É claro que o tamanho do PSF das organizações contribuía para a equipe de coordenação ser mais numerosa; porém, no Documento Norteador era recomendado que se tivesse um conselho de acompanhamento composto por dois membros das organizações, dois da secretaria e um coordenador técnico, também da organização parceira. Esse grupo visava à elaboração do plano de trabalho e acompanhamento das atividades do programa (Documento Norteador).

Algumas organizações, as mais antigas na parceria, desenvolviam sistematicamente esse trabalho. As que tiveram atuação no Qualis revelaram que tinham sido muito mais presentes e próximas dos gerentes da unidade e até das equipes do que eram naquele momento.

A equipe de coordenação e supervisão das organizações variava de três a 12 pessoas, e era composta por médicos, enfermeiros, administradores, especialistas em diversas áreas, entre outros, dividindo-se em coordenação administrativa, técnica e de planejamento.

Em uma organização, o entrevistado colocou que essa equipe tinha como objetivo:

> *"... Monitorar, acompanhar e assessorar a implantação e a implementação de melhorias, como também reunião mensal com os responsáveis para elaborar a folha de pagamento".*

Outro entrevistado colocou:

> *"A supervisão se dá através de nossos supervisores, que vem semanalmente trazer as demandas na coordenação. Nós somos muito presentes, essa supervisão é feita* in loco*."*

A discussão do SIAB foi citada por outros dois entrevistados, ou seja, os dados que ele apresentava davam subsídios para a supervisão do trabalho. Duas organizações implantaram a AMQ – Avaliação de Melhorias de Qualidade como ferramenta de supervisão e planejamento do trabalho.

Outra atribuição das organizações eram as **formas de controle de frequência** dos trabalhadores do PSF. O ponto eletrônico, identificado pelos entrevistados, tinha apuração que ficava a cargo dos gerentes das unidades e que era encaminhado ao setor de Recursos Humanos da organização.

Quanto ao estabelecimento dos **valores dos salários**, todos responderam que eram definidos pelo programa na celebração da parceria; por meio do repasse da verba, as organizações faziam os respectivos pagamentos. As alterações só ocorriam por ocasião dos dissídios coletivos.

Com relação à **organização de escalas de trabalho**, os entrevistados responderam, em sua maioria, que era responsabilidade dos gerentes das unidades, pois eram eles quem melhor podiam organizar a equipe para dar conta das atividades e, se necessário, discutir com as equipes de coordenação.

Quanto à **produtividade**, o foco de discussão foi o SIAB; porém, algumas organizações tinham, além do SIAB, um relatório descritivo das atividades desenvolvidas pelas equipes, permitindo fazer um acompanhamento melhor das metas e planejamento.

No que se referia à **descrição dos programas ou atividades isoladas de capacitação desenvolvidas junto aos trabalhadores do PSF**, alguns entrevistados se referiram aos Momento I, II e III como capacitações que preconizadas pelo programa. Essas atividades eram previstas e de iniciativa da SMS/SP.

Apareceram, nas respostas dos entrevistados, capacitações e treinamentos de iniciativa das organizações parceiras, tais como: ciclos de palestras, quando eram abordados temas relevantes ao PSF (por exemplo, violência, cuidando do cuidador, relacionamento e trabalho em equipe); treinamentos comportamen-

tais tanto para os profissionais de saúde quanto para os gestores e funcionários administrativos; abordagens de temas técnicos com preceptoria em serviços para médicos e enfermeiros nas suas áreas de atuação (pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica médica); capacitações em saúde reprodutiva e prevenção de HIV; curso de antropometria para os agentes; curso de saúde mental, entre outros.

Um aspecto a ser destacado é que os entrevistados acreditavam muito na capacitação e na educação continuada como estratégias de atender às diretrizes do PSF e todos os seus desdobramentos, tais como: organização do processo de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação.

Esses aspectos precisavam ser trabalhados em equipe e discutidos o tempo todo. Quando se trabalhava com a realidade, o território, o contexto, eram aspectos dinâmicos que careciam de discussão para adaptação às novas realidades.

Os trechos a seguir retratam o comentário acima:

> *"... educação permanente, que há uns anos atrás, antes da municipalização, essa atividade era muito mais frequente, nós tínhamos um cronograma de capacitação, a equipe passava, o médico, o auxiliar, o agente o enfermeiro, nós fazíamos a escala por equipe, ela tinha uma capacitação de alguns temas que nós consideramos que são temas pra discutir na equipe, porque não adianta você discutir as coisas separadas por categoria porque depois elas não funcionam na equipe. Então nós discutimos violência, organização do serviço, planejamento, uma série de coisas em equipe, era frequente. Com a municipalização isso precisou entrar um pouco na roda do polo de educação permanente e os recursos da Prefeitura, e não só os recursos, mas também na discussão da educação permanente, das necessidades da região então isso parou bastante."*

> *"A ideia é não pegar o pacote de capacitação do Hospital e oferecer para eles porque não vai acrescentar muita coisa. A gente levanta qual a demanda desses profissionais e a gente customiza esses cursos de acordo com as necessidades e a realidade do serviço."*

4.3.3 Percepção das organizações na parceria com a SMS/SP: relevâncias e entraves

Os entrevistados foram indagados sobre **como percebiam a parceria com a SMS/SP** e **quais os aspectos relevantes e/ou entraves que poderiam ser destacados com relação à parceria**.

Perguntar aos entrevistados como percebiam essa parceria com a SMS/SP foi como abrir a "caixa de pandora". A impressão era de que alguns entrevistados estavam resgatando a sua história, como se estivessem vendo um filme de sua trajetória, como se os males da caixa de pandora significassem uma reflexão e até uma avaliação dessa experiência.

As organizações que participaram desde o início, no tempo do Qualis / PSF, tinham tal vivência e experiência com o programa que puderam até fazer comparações e avaliações de todo esse período até os dias atuais. Referiam-se ao gerenciamento do programa; colocavam que a parceria com SES/SP dava autonomia, como transcrito nos trechos a seguir:

> *"O Estado* [SES/SP] *quando oferecia um tipo de gestão efetiva para o parceiro, onde a gente tinha um controle melhor, a gente tinha gestão mesmo, uma cogestão do serviço. O parceiro tinha um papel muito mais ativo."*

> *"... porque quando era da parte do Estado a gente tinha uma liberdade maior da própria educação continuada."*

> *"... sempre fez parte das diretrizes do PSF, a gente tinha vínculo com a população, na coatividade, no território, no cadastro que acabava sendo quase uma ilha de excelência, mas ao mesmo tempo tinha um impacto na capacidade de controlar melhor."*

> *"... sem queixas da parceria, porque a parceria dava autonomia, e esta parceria, têm que fazer aqui uma menção ao governo do Estado, ele deu a gestão do então projeto Qualis".*

Este momento nos permitiu uma inferência: as organizações queriam ter autonomia nesta relação do público com o privado. O poder público estava transferindo às organizações públicas não estatais funções que antes ele desempenhava, e por vários motivos já mencionados neste trabalho esse panorama mudou. Porém, a função do poder público era dar as diretrizes, monitorar as atividades e avaliar o desempenho das organizações parceiras. Essas funções eram da gestão, e as organizações deveriam estar na função de executora das ações e, portanto, gerenciando se as ações estavam acontecendo como estabelecido pelo poder público. Pareceu que as organizações reivindicavam justamente as funções que eram exclusivas do Estado.

Com relação ao momento atual, o da entrevista, as mesmas organizações – e engrossavam esse grupo algumas que estavam na parceria desde a municipalização, já faziam críticas mais severas, tais como:

- A falta de entendimento da essência da proposta do PSF por parte dos gestores da SMS/SP;

- Não se tinham diretrizes claras para as parceiras atuarem de forma uniforme;

- Não havia interlocução entre as parceiras, a SMS/SP e as equipes de PSF;

- Os gerentes das Unidades se reportavam somente à supervisão de saúde;

- As avaliações de produtividade eram feitas em cima de números e não por metas, ou analisando-se indicadores;

- Não havia incentivo nem investimento em capacitação e educação permanente, mesmo com a criação dos Polos de Capacitação.

Trechos dos depoimentos expostos a seguir ilustram tal situação:

> *"A gente acabou se distanciando das próprias equipes, porque para fazer Supervisão sempre tinha que ir junto com a Prefeitura, sem a Prefeitura a gente não era bem interpretado, estava querendo se intrometer, o gerente não responde diretamente para o parceiro, responde à Prefeitura."*

> *"Tem uma série de reuniões com as Coordenadorias, Supervisões, mas o parceiro nunca está incluído! Então a gente esteve nestes últimos três anos, a sensação que a gente era um empregador de RH para fugir da lei fiscal, a gente servia para alugar, para fazer manutenção* [...] *educação permanente muito pouco, processo de trabalho então..., a gente nunca foi ouvido."*

> *"... a gente sabe que hoje São Paulo não está interessado no PSF, não tem vínculo com o ministério para expandir."*

> *"Quando tinha o Eduardo Jorge, tinha uma proposta diferenciada. Tinha reuniões periódicas com os parceiros, porque também na Coordenação de Atenção Básica, tinha o entendimento na questão da parceria, na educação permanente, reuniões frequentes tinham abalizamento."*

Nem todos os mitos da "caixa de pandora" eram os males. Restou, no fundo da caixa, a "esperança" que dava elementos de enfrentamento às adversidades.

Houve a menção, por parte de alguns entrevistados, de como foi importante essa parceria no sentido de reconhecimento das ações que já eram realizadas havia muito tempo. Com a parceria, elas se tornaram conhecidas, tiveram o ensino dentro da atenção básica, viram na parceria e no programa um resgate das suas origens, ou fizeram parte do sistema de saúde, como indicado:

> *"... para nós foi um presente, ampliou aquilo que nós fazíamos, um desafio muito grande."*

> *"... porque quando você tem 12 parceiros discutindo a saúde, trouxe essa possibilidade de mostrar que existimos, o que fazemos, acho que aprendemos muito, um grande desafio, mas um grande aprendizado."*

> *"A maior parte dos departamentos já têm alguma inserção em alguma área da atenção básica aqui em São Paulo, existe um empenho da instituição, bancada pelo antigo diretor e o atual diretor, pelo presidente da comissão de graduação."*

"A Instituição está cada vez mais entrando em parcerias com a SMS. A premissa da Diretoria da organização é contribuir com o serviço público, poder estar integrado, fazendo melhorias".

Para os entrevistados, apontar os pontos relevantes e os entraves da parceria foi como fazer um *check list* a ser cumprido para o programa se desenvolver.

A questão de não ter claro como deveria ser o gerenciamento do programa foi unânime; todos colocaram como um grande entrave na parceria, destacando situações como:

- ter reuniões com os gerentes das unidades e as parceiras não eram informadas;

- mudanças constantes de secretários, coordenadores de atenção básica e supervisores de saúde;

- cada um com uma proposta diferente;

- o programa não se articulava com os outros níveis de atenção nem com outros programas;

- a seleção de funcionários não era feita de forma articulada, em conjunto.

Os trechos das entrevistas transcritas a seguir elucidam estes aspectos:

"Essa questão de Gestão do Serviço, a seleção dos funcionários que durante uma época a gente perdeu, aconteceu quase tudo pela Prefeitura sem a nossa participação."

"... nunca mais teve pessoa como Eduardo Jorge que conseguisse dar a atenção devida a Atenção Básica, políticas muito difíceis de seguir, com múltiplos "intervenientes", a Atenção Básica dividida do resto, das especialidades, da Saúde da Mulher, da Saúde do Idoso, a medicação em casa, uma série de programas que quando tinha uma coordenação efetiva, onde os parceiros eram próximos, a gente conseguia controlar melhor, mas hoje isso vem piorando na verdade, falta de orientações e diretrizes, e uma abertura ao programa, que perdeu um pouco a identidade do PSF."

"A população percebe essas diferenças. Claro que cada parceira tem a sua atuação, tem sua forma de gerenciar, que deve ser respeitada, mas se a diretriz é dada, ela é clara, ela é única. Como dei o exemplo, as Irmãs Marcelinas fazem um trabalho bárbaro com os funcionários, tudo isso é para garantir a qualidade, deve ser socializado, vamos uniformizar, agora diretriz o governo tem que dar com muita clareza."

"Eu falo para os funcionários do PSF, eu administro um dinheiro que é de vocês, é minha responsabilidade administrar com transparência, com clareza. Eu sou mera prestadora de contas de um dinheiro que já vem destinado para determinados fins, um dinheiro público que deve ser bem cuidado, e quem cuida disto é também o governo, é responsabilidade minha enquanto organização, mas também do governo."

"A dificuldade é o contato com a própria Prefeitura e a questão da assistência, ensino e pesquisa, que nós não vamos abrir mão. existe uma questão a gente preza é a qualidade."

***"...** deveria ter mais qualificação dos gerentes, e no entendimento do que é uma mudança de um modelo de atenção à saúde, independentemente de ser PSF ou não, mas compreender o papel dele do ponto de vista mais amplo do que de um administrador de unidade, ver como um potencial transformador de realidade, com aquela equipe que ele tem, acho que isso ainda é difícil. E as formas de administrar muitas vezes muito burocráticas, muito rígidas, não têm flexibilidade, e tudo vem do olhar, esse olhar tinha que ser mais afinado. Isso é uma coisa que a gente vai batalhar pra que aconteça."*

"Nós temos os gerentes contratados por nós integralmente, mas não temos a gerência. É terra de ninguém, ou melhor, é de todos, entra o parceiro, a supervisão, a coordenadoria, a secretaria, a subprefeitura, a população é uma confusão danada. A secretaria está estudando, um novo tipo de convênio, com metas e tudo."

Outro aspecto apontado nos permitiu uma inferência: as organizações apontaram para a necessidade

de ter diretrizes claras, trabalhar com metas, e não apenas por produção; enfatizaram ter propostas direcionadas a melhorar a qualidade de vida da população, ter papel mais ativo, ter governabilidade.

Como usamos a "caixa de pandora" como metáfora, continmos na mitologia grega que diz: "no fundo da caixa restou a Esperança. Pandora não é a fonte do mal; ela é a fonte da força, da dignidade e da beleza...", portanto, sem adversidade o ser humano não poderia melhorar.

4.3.4 Inovações desenvolvidas pelas organizações parceiras

No transcorrer das entrevistas foram surgindo algumas informações que foram classificadas, nesta pesquisa, como inovações[27] desenvolvidas pelas organizações parceiras.

Estas inovações encontram-se no campo da educação, ações em saúde, sistemas de informação, organização do trabalho e projetos específicos em atenção básica. Eram ações que as organizações desenvolviam além do que era preconizado pelo programa.

Trabalhar com o PSF exigiu pensar em formas de manejo para dar conta das diversas demandas. Essas formas podiam não ser especificamente ações diretas em saúde, mas por meio delas atingir as questões de saúde. Por exemplo, algumas organizações implantaram sistema de informação como forma de planejar o trabalho, as intervenções e as ações. O SIAB deveria ser essa ferramenta gerencial, mas, segundo avaliação dos entrevistados, faltavam dados. Por esse motivo, desenvolveram um sistema mais minucioso que contemplasse as informações necessárias para servir de ferramenta de gestão, englobando SIAB e AMQ.

Outras organizações não chegaram a desenvolver um sistema de informação, mas um relatório descritivo que acompanhava o SIAB para ajudar em seu planejamento. Com essas informações, uma organização montou uma equipe de Saúde Mental volante, para evitar o encaminhamento direto à especialidade, sem que houvesse o acompanhamento do paciente, embora o programa preconizasse ter uma responsabilidade da equipe pela saúde integral dos indivíduos.

Ainda dentro de sistemas de informação, uma organização criou um banco de dados de funcionários com um currículo minucioso que englobava desde experiência profissional, competências técnicas, até suas habilidades artísticas, para ser utilizado numa seleção interna.

Outra inovação que apareceu foi o uso do planejamento estratégico. Havia organizações que usavam essa ferramenta para gerenciamento do PSF, o que lhes rendeu a ISO 9001-2000 e o *Joint Commission International – JCI*.

Uma organização desenvolveu um sistema de custos que chegava até as unidades para verificar quanto custava cada atividade desenvolvida pela equipe de PSF, que ia desde uma consulta, passando por uma visita domiciliar, até uma ação de promoção à saúde na região (Tambellini, 2005).

No que se refere à educação, todos os entrevistados colocaram que faziam ou já tinham feito ações ou projetos nessa área. Existiam organizações que tinham um cronograma de capacitação, seminários, palestras e cursos. Além disso, se o médico se cadastrasse junto à Associação Médica Brasileira, assim como o enfermeiro na respectiva associação de sua categoria, a realização de algum curso ministrado na organização contava ponto para a titulação e, consequentemente, para futuros concursos públicos.

Outras organizações que possuíam curso superior na área de saúde estavam desenvolvendo programas dentro da graduação em medicina, enfermagem, nutrição e outros, tendo inserção no PSF; realizavam ações em saúde na atenção básica, para que o aluno pudesse conhecer melhor a realidade do paciente que atenderia futuramente, utilizando o território como campo de estágio e procurando atender à demanda da região.

Ainda em relação à educação, uma organização de ensino superior tinha na graduação um cronograma para o aluno desenvolver no decorrer do ano, apresentando os temas para a supervisão. Por exemplo, os alunos ministrariam um curso de antropometria para

27 Inovação: introdução no mercado de produtos, processos, métodos ou sistemas não existentes anteriormente ou com alguma característica nova e diferente daquelas em vigor (Finep, 2000).

os ACS. Outras tinham programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade.

Na categoria ações em saúde, havia organizações que desenvolviam trabalhos socioeducativos, criando espaços na comunidade, com cursos diversos como música, dança, artesanato, panificação, reciclagem de móveis, com o intuito de evitar que crianças e adolescentes vivessem em situação de risco social e de saúde. Outra organização desenvolvia projetos capacitando os ACS e Auxiliares de Enfermagem em saúde sexual e reprodutiva, incluindo a prevenção de HIV / AIDS / DST numa perspectiva de gênero, visando tornar esses profissionais agentes ativos na promoção da Saúde Reprodutiva das pessoas domiciliadas nas suas áreas de abrangência.

Por outro lado, existia uma organização que procurava, na parceria, dar suporte às unidades públicas, fornecendo equipamentos e profissionais técnicos, tais como aparelho de mamografia, eletromiografia, ultrassom e eletroencefalograma, na tentativa de suprir as necessidades da região.

Ficou claro que eram ações relevantes e importantes na promoção de melhor qualidade de vida ao ser humano; porém, percebeu-se que ainda eram ações fragmentadas, necessitando trabalhar na perspectiva da intersetorialidade, criando redes que pudessem fortalecer essas ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conflitos e consensos na implementação das parcerias

A organização dos serviços de saúde na cidade de São Paulo, nos anos 1990, permaneceu à margem dos rumos empreendidos pelo SUS no país, particularmente pela não realização do processo de municipalização do sistema local de saúde. O atraso no desenvolvimento e na implementação de uma política de saúde municipal promoveu, portanto, significativo atraso desse importante passo na construção do sistema local de saúde em consonância com os princípios constitucionais.

Nesse sentido, a reconstrução do sistema local requereu, num primeiro momento, uma avaliação do sucateamento dos equipamentos da rede pública municipal e, principalmente, a indução do processo de reversão da lógica administrativa que fugia ao escopo dos princípios do SUS.

A implementação do PSF, no ano de 2001, propiciou a inclusão de uma nova estratégia na ABS, em consonância com a política nacional de saúde. Mais do que isso, propiciou a retomada da inclusão do município de São Paulo nos rumos estabelecidos pela Constituição de 1988, abrindo caminhos para a participação da sociedade civil, representada por organizações cujos interesses estivessem voltados para a prestação de serviços em saúde à população.

Em uma perspectiva mais objetiva, evidenciou-se que a intenção na implantação do PSF, por meio do estabelecimento de ESF no território urbano, era a de gerar um espaço maior para o debate sobre o modelo, ainda que a decisão sobre sua implantação já estivesse determinada pelo gestor municipal no ano de 2001. Ainda assim, a argumentação sobre os desdobramentos de sua implantação, cuja tônica acentuava seu caráter político de mobilizar segmentos sociais ao debate sobre o PSF, indicou a possibilidade de a população conhecer o modelo, acompanhar sua implantação e, aos poucos, ir se habituando à sua lógica dentro dos princípios que orientavam a organização dos serviços em atenção básica.

Por outro lado, ao vincular-se ao poder público municipal, as organizações passaram a ser prestadoras diretas de serviços públicos em saúde, gerando questionamentos de setores representativos de categorias profissionais ou outros setores organizados da sociedade civil com relação à exclusividade do papel do setor público estatal na prestação de serviços à população.

Vale lembrar que a experiência na implementação da estratégia Saúde da Família por meio de parcerias com organizações da sociedade civil iniciou-se, na cidade de São Paulo, em meados dos anos 1990, o que permitiu aos gestores municipais da saúde, no início dessa década, o conhecimento obtido pelo acúmulo das experiências já realizadas.

O espaço aberto à participação na prestação de serviços ampliou a capacidade do poder público mu-

nicipal na implementação da nova estratégia de organização da ABS. Assim procedendo, o poder público municipal de São Paulo viabilizou a reestruturação de um sistema de saúde sobre bases constitucionais, tendo impulsionado o estabelecimento de laços e compromissos com a sociedade civil ao compartilhar a responsabilidade pelo cuidado à saúde com organizações voltadas aos cuidados da população.

Contudo, como todo processo social que envolve participação de grupos representativos da sociedade civil, com interesses variados, a aproximação com as organizações da sociedade civil, denominadas organizações parceiras, acabou por trazer para dentro do espaço de reconstrução da atenção básica municipal um expressivo conjunto de conflitos de interesses diferenciados, gerando, assim, um campo de práticas em atenção básica orientadas por um projeto comum, mas com um acentuado grau de descontentamento das parceiras na relação com o poder público.

Serviço público em saúde: relações entre função pública e interesse privado

Ao contrário de determinados posicionamentos críticos à participação das organizações públicas não estatais na prestação de serviços tipicamente exercidos pelo Estado, observou-se, nesta pesquisa, o exercício de papel importante dessas organizações articuladas ao poder público, desempenhando ações estratégicas de interesse público.

Nesse sentido, demonstrou-se que, na atualidade, a relação das organizações parceiras com a SMS/SP tem necessitado de diretrizes, normas e metas determinadas pelo gestor municipal. Se, em suas origens, a clareza e a objetividade estavam presentes no exercício do papel da SMS/SP como gestora da atenção básica e, por conseguinte, das organizações parceiras na prestação de serviços, por outro lado se observou que, no período mais recente, se desenvolveu a ausência de interações profícuas entre as partes.

Pôde-se observar que as organizações parceiras requerem, atualmente, autonomia, governabilidade, flexibilidade e, principalmente, a possibilidade de exercício de papel mais ativo no debate sobre o planejamento e de atuação conjunta na formulação dos projetos, intenções que as afastariam por completo da condição de meras executoras e prestadoras de serviços de saúde.

A compreensão sobre os princípios e diretrizes do SUS e do papel do PSF como estratégia na reformulação do modelo de atenção em saúde no nível primário, por parte das organizações parceiras, mostrou-se evidente. Tal constatação permitiu algumas inferências: ao reivindicar mais autonomia na gestão do PSF, as organizações explicitaram um conflito com a SMS/SP, cujas bases não se constituem de forma monolítica. Portanto, não há consenso quando as organizações parceiras requerem autonomia de gestão, mas sim a explicitação de um campo heterogêneo de intenções, cujas orientações estariam assentadas na capacidade e no potencial interno de cada organização parceira.

Na percepção dos coordenadores das organizações parceiras, o poder público municipal não transfere o controle da gestão da atenção básica, mas também não deixa claras aos parceiros as diretrizes para a condução do processo. As características do que historicamente se apresenta como funções típicas do poder público no papel de gestor, ao fornecer diretrizes, monitoramento das atividades e avaliação do desempenho na prestação de serviços em saúde, têm sido questionadas por parte das organizações parceiras.

Há, portanto, o desenrolar de uma trama que pareceu aumentar, em intensidade, as tensões, no decorrer do tempo, entre os entes público e privado. Assim, o ente privado tem se constituído como elemento questionador da amplitude do papel gestor do poder público municipal. Acrescente-se a isso a marca da heterogeneidade no conjunto das parceiras que pareceu esboçar a formação de um campo competitivo de relações, cujo esteio tem na lógica da concorrência um novo mercado que abria possibilidades de modalidades de contratação para prestação de serviços em saúde não só na atenção básica. As dimensões organizacionais (porte, número de funcionários, estrutura etc.) eram diferenciadas; as origens históricas eram muito distintas, com experiências de atuação em saúde também muito distintas; havia organizações de orientação confessional, universitária e de pesquisa, algumas criadas mais recentemente, outras mais antigas.

Ao que tudo indica, havia um espaço político não ocupado pelo poder público municipal, o que tem viabilizado a movimentação das organizações, seja como questionadores do papel do poder público municipal, seja como porta-vozes de reivindicações legítimas dos problemas enfrentados no desenvolvimento da prestação de serviços.

Por outro lado, observou-se, também, que as organizações parceiras compreendiam e operavam dentro das responsabilidades e diretrizes estabelecidas pelo SUS. Nessa perspectiva, compreendiam que o PSF, como estratégia implantada com vistas à transformação do modelo de atenção primária em saúde, também devia servir à estruturação dos outros níveis de atenção em saúde no sistema de saúde brasileiro, mesmo nas exposições claras e muitas vezes precisas dos problemas enfrentados nas relações entre os níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

Alvea MA. Dicionário do terceiro setor. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas de São Paulo; 2003.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1998.

Brasil. Lei 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta os artigos 24 e 37, incisos XIII, XX e XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 22 de junho de 1993.

Brasil. Lei 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 18 de maio de 1998.

Brasil. Lei 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília: Diário Oficial da União; 31 de dezembro de 2004.

Brasil. Lei 6.639, de 8 de maio de 1979. Introduz alteração da Lei 91, de 28 de agosto de 1935, que determina regras pelas quais são as sociedades declaradas de utilidade pública. Brasília: Diário Oficial da União; 10 de maio de 1979.

Brasil. Decreto 3.100, de 30 de junho de 1999. Regulamenta a Lei 9.790, de 23 de março de l999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria. Brasília: Diário Oficial da União; 1º de julho de 1999.

Brasil. Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Lei 5.452/ l943. Disponível em: http://nev.incubadora.fapesp.br/portal/trabalhoerenda/direitostrabalhistas/clt.

Brasil. Ministério da Saúde. PSF e a construção de um novo modelo de atenção no Brasil. In: Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações sociais. Cadernos MARE da Reforma do Estado 1997; 2.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da saúde. Brasília: Pnud-MS; 2001.

Bobbio N. Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política. 10ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.

Capistrano Filho D. O programa de saúde da família em São Paulo. Dossiê de Saúde Pública. Estudos Avançados 1999; 13(35).

Derani C. Privatização e serviços públicos: as ações do Estado na produção econômica. São Paulo: Max Limonad; 2002.

Elias PE, Cohn A, Bousquat A. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão socioespacial no município de São Paulo. Cad Saúde Pública 2006; 22(9).

Ferrarezi E. Filantropia empresarial e parceria: elementos para reflexão. Seminário Política Social e Pobreza: À Caminho do Habitat II. Rio de Janeiro: IUPERJ; 1995.

Fleury S (org.). Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad Saúde Pública 2006; 22(6):1171-81.

Inojosa RM. Redes de compromisso social. Revista de Administração Pública 1999; 33(5):115-41.

Jorge EMAS, Capucci PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. Estudos Avançados 2003; 17(48).

Junqueira LAP. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. Revista de Administração Pública 1998; 32(2).

Marsiglia RMG. Integralidade e Atenção Primária em Saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde São Paulo. (Projeto de pesquisa apresentado ao edital MCT-CNPq / MS-DAB/SAS 49/2005).

Montaño C. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez; 2002.

Offe C. Trabalho & Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro; 1991.

Organização Pan-americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-americana da Saúde. Escritório Regional da

Organização Mundial da Saúde. Agosto de 2005. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf).

PROESF (Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família). Caracterização dos municípios paulistas com população superior a cem mil habitantes. Cadernos de Atenção Básica, Consórcio Medicina USP, São Paulo, 2006.

Sader ES. O público, o estatal e o privado. In: Heinamm LS et al. O público e o privado na saúde. São Paulo: Hucitec / OPAS / IDRC; 2005.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo. Documento Norteador: responsabilidade da rede de apoio à implantação do PSF. São Paulo: SMS/SP; 2002.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo. Documento Norteador: gerenciamento e administração dos recursos financeiros do PSF / Convênios. São Paulo: SMS/SP; 2003.

São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Disponível em: www2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/assistencia_social/cnas-33k). Acesso em 13/08/2007.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Construção do Sistema de Informação. Disponível em: www.http.telemedicina.unifesp.br-pub-SBIS-CBIS2004-trabalhos-arquivos-397.pdf.url.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Projeto de implantação do PSF no Município de São Paulo. São Paulo: SMS/SP; 2001.

Sen A. O desenvolvimento como expansão de capacidades. Revista Lua Nova (São Paulo, CEDEC) 1993; 28/29.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco / Ministério da Saúde; 2002.

Sposati A. Mapa da Exclusão / Inclusão Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social, Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Seguridade e Assistência Social; 2000.

SUS de A a Z. Disponível em: www.dtr2004.saude. gov. br/susd eaz/topicos/topico_det. php?co_topico=287&letra=A-18k.

Tambellini EF. Demonstração do resultado econômico: uma análise comparativa entre organizações filantrópicas do município de Barueri, São Paulo. São Paulo; 2005.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – ALMA-ATA, 1978. Brasília: Unicef; 1979.

Viana ALA, Lecovitz E. Proteção social: introduzindo o debate. In: Viana ALA, Elias EM, Ibañez N (org.). Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005.

Relação de documentos oficiais da PMSP

Comunicado SMS 001/2001. Diretrizes Gerais para SMS. Trata da descrição das diretrizes do SUS e do processo de municipalização. São Paulo: SMS; 25 de janeiro de 2001.

Comunicado Corrigido SMS 002/2001 Diretrizes Gerais para SMS. Trata da descrição das diretrizes do SUS e do processo de implantação do PSF nos distritos da capital. São Paulo: SMS; 30 de maio de 2001.

Extrato de Termo de Parceria. Trata do desenvolvimento de agenda de responsabilidade social entre a PMSP e a Unicef. São Paulo: SMS; 22 de junho de 2001.

Comunicado Corrigido SMS 002/2001. Diretrizes Gerais para SMS. Trata da descrição das diretrizes do SUS e do processo de municipalização. São Paulo: SMS; 27 de junho de 2001.

Implantando o PSF no município de São Paulo: balanço de um ano. São Paulo: SMS; janeiro de 2002.

Cópia do Termo de Convênio com as Parceiras. São Paulo: SMS; janeiro de 2002.

Documento Norteador: Responsabilidade da Rede de Apoio à Implantação do PSF. São Paulo: SMS; outubro de 2002.

Portaria 2.069/03. Trata dos procedimentos de controle dos recursos utilizados no PSF. São Paulo: SMS; 9 de maio de 2003.

Lei 13.611. Trata da competência da SMS na implantação do PACS dentro da orientação dos princípios do SUS. São Paulo: SMS; 27 de junho de 2003.

Documento Norteador: Gerenciamento e Administração dos Recursos Financeiros do PSF / Convênios. São Paulo: SMS; junho de 2003.

CAPÍTULO 6

A formação de recursos humanos para a Atenção Básica à Saúde em São Paulo: resgate histórico

Joana Azevedo da Silva
Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

RESUMO

A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM SÃO PAULO: RESGATE HISTÓRICO: No presente capítulo, que se configura em um artigo, realiza-se breve resgate histórico dos processos de preparação de pessoal de saúde para atenção básica, desenvolvidos no estado de São Paulo ao longo do último século, com ênfase nos últimos 40 anos: desde a Reforma de Walter Leser até a atual Política Nacional de Educação Permanente. Para tanto, foram realizadas pesquisas bibliográficas, conversas e relatos de experiências com diferentes atores envolvidos, assim como foi considerada a experiência pessoal dos autores. Preferiu-se enfatizar os relatos pessoais e, sempre que possível, os documentos oficiais, considerando, brevemente, o contexto em que se desenvolveram. Foram escolhidas as experiências mais significativas identificadas e referidas por diferentes informantes-chave, projetos específicos da SES, como aqueles relacionados a políticas nacionais mais amplas: O início; Os programas e subprogramas; Os Centros de Saúde-Escola; A atenção básica em zona rural: Projeto para "municípios carentes"; A formação de pessoal de nível técnico; Programa Metropolitano de Saúde; Consultório Médico de Família; O Programa de Saúde da Família; O Projeto Qualidade Integral em Saúde; Os Polos de Capacitação do PSF; Estruturação de um sistema de Educação Permanente; e Outras iniciativas de capacitação de RH para a atenção primária de saúde. Ressalta-se a importância de uma Política de Estado pactuada entre gestores para e educação permanente no e para o trabalho em Atenção Básica à Saúde.

Descritores: Atenção básica à saúde (São Paulo : estado); Recursos humanos em saúde; Programa Metropolitanos de Saúde; Consultório Médico da Família; Programa Saúde da Família; Qualidade Integral em Saúde; Educação permanente.

ABSTRACT

DEVELOPMENT OF HUMAN RESOURCES FOR THE HEALTH BASIC ATTENTION IN SÃO PAULO: HISTORICAL REVIEW: *A brief historical review of the processes for preparation of health professionals for Basic Attention in the state of Sao Paulo in the past century is presented in this chapter, emphasizing the past 40 years, that is, since the reform of Walter Lesser until the recent National Policy of Permanent Education. It contains bibliographic research, conversations and reports of experiences from several people involved, as well as personal experiences of the authors. We chose to emphasize personal reports, and official documents, when possible, considering the context in which they were developed. The most relevant experiences and those mentioned by different key-actors were included, considering specific-to-SES projects, as well as those related to more general national policies: The beginning; The programs and subprograms; the Health Training Centers; Basic Attention in rural areas; Project for "poor municipalities"; Training of technical personnel; Metropolitan Health Program; Family Health Offices; the Integral Quality in Health Project – QUALIS / PSF; the Enabling Poles of the PSF; The structure of a Permanent Education System; and others initiatives for enabling Human Resources for Health Basic Attention. The importance of a State Policy contracted among managers for permanent education in and for the work in Health Basic Attention is emphasized.*

Keywords*: Health Basic Attention (São Paulo : state); Human resources in health; Metropolitan Health Program; Family Health Offices; Integral Quality in Health; Health Family Program; Permanent education.*

APRESENTAÇÃO

Proceder ao resgate histórico dos processos de qualificação no trabalho e para o trabalho na Atenção Básica à Saúde (ABS) é escrever sobre contextos, é resgatar processos sociais e compromissos que resultaram em políticas públicas, em organização de serviços, em desenvolvimento de tecnologia; é resgatar histórias de vida, de compromissos e de trabalho.

Embora sem a pretensão de reconstituir a riqueza desse processo social, neste artigo se opta por recuperar experiências de formação e preparação de Recursos Humanos para ABS, os momentos de inflexão, a partir da evolução histórica desse campo de práticas no estado de São Paulo.

O material aqui apresentado tem, como origem, três principais fontes. Por um lado, documentos e levantamento bibliográfico; por outro, a experiência pessoal dos autores e, ainda, o resultado de entrevistas. Pelo fato de não se ter encontrado documentação para muitos desses movimentos, procedeu-se à escuta de sujeitos envolvidos, em conversas nas quais motivações, expectativas e resultados ficaram claros.

Até pelo caminho percorrido, seria impossível reconstituir todos os processos que aconteceram no Estado, nos limites deste artigo. Algumas vezes, entretanto, não se conseguiu acessar a fonte adequada. Foram muitos e intensos os movimentos de aproximação com o objeto de estudo, com as diferentes dimensões, no sentido da opção pelo conteúdo mais indicado e pela melhor forma de apresentá-lo. Fez-se uma opção, ciente de todos os riscos, inclusive ao utilizar o termo atenção básica como sinônimo de atenção primária à saúde.

Assim, apresentam-se, por um lado, esforços de preparação de RH para viabilização de políticas, para a implantação de programas e atividades e, por outro lado, processos de formação institucionalizados, com o mesmo objetivo, mas vinculados a estruturas educacionais validadas pelo Sistema Educacional. Em outros termos, discorre-se sobre processos diversos de formação e de capacitação para o trabalho, com objetivos específicos, embasados e orientados por diferentes concepções acerca do processo ensino-aprendizagem, do **aprender** e do **ensinar**, e do papel da educação e do trabalho, todos, entretanto, motivados pelo compromisso. Não se pretendeu, entretanto, descrever em profundidade, nos diversos processos

aqui apresentados, as diferentes concepções e correntes educacionais e metodológicas que os embasavam.

Essa tarefa somente foi possível graças à disponibilidade manifestada por muitos dos sujeitos que, procurados, entusiasmaram-se com o fato de reviver, mediante relato, sonhos, desafios que foram enfrentados e resultados obtidos. Assim, a abordagem de cada projeto é singular, quanto à forma e quanto ao conteúdo, na dependência da fonte e dos dados disponíveis.

Enfim, essa é uma história que milhares de sujeitos ficariam muito felizes em contar. Até por isso, apresenta-se uma relação de pessoas que, quando procuradas, foram desencavar os seus guardados, remexer a memória, no sentido de contribuir e de contar a história. Foram, então, colaboradores neste artigo: Otávio Mercadante, José Carlos Seixas, José da Silva Guedes, Nelson Ibañes, Julieta Amaral, Nilce Piva Adami, Cleide Fernandes Campos, José Ênio Servilha Duarte, Maria Cecília Dellatorre, Ana Luzia de Castro, Diva Christina Iost Luiz, Pedro Dimitrov, Zilah Wendel Abramo, Mario Abramo, Maria Luiza Caporalli, Sônia Ferreira, Kátia Maria Correia, Maria Sebastiana Biseto, Ir. Monique Bourget e Caritas Basso.

1. INTRODUÇÃO

A forma de organizar a assistência, de responder a determinadas necessidades de uma maneira ou de outra, cria não só ações, mas também ocupações, e constrói identidades profissionais. Ter como referência os modelos assistenciais em saúde orienta a identificação da relação entre organização do trabalho, capacitação dos recursos humanos necessários e, por consequência, a construção da identidade do profissional (Silva e Dalmaso, 2002).

Os esforços de capacitação, desse modo, são gestados e acontecem em contextos que refletem movimentos sociais e orientam modelos de organização de serviços, por um lado; por outro, refletem as concepções vigentes sobre o processo saúde-doença, sobre educação e cidadania e, ainda, sobre o "como se aprende" e "como se ensina". A breve apresentação que se fará a seguir das Políticas de Saúde e de suas expressões em programas estaduais, em ordem de momentos históricos, tem o objetivo de recuperar aspectos considerados nucleares da proposição e da implantação que tenham a ver com a identidade, a expectativa de ações e de impacto do trabalho dos profissionais para a Atenção Básica à Saúde (ABS).

No caso de São Paulo, identificam-se, na concepção de Mendes Gonçalves (Nemes, 1990), três grandes modelos tecnológicos de organização da saúde pública. O nome do Sanitarista Emílio Ribas é associado ao primeiro modelo tecnológico, que se estende de 1889 a 1925. A epidemiologia, que embasa as práticas de Saúde Pública nessa fase, é orientada pela noção de doença, das descobertas bacteriológicas da época. Dela decorrem os instrumentos de trabalho destinados à intervenção sobre as doenças: as campanhas e a polícia sanitária.

Num segundo momento, o modelo organizativo esteve centrado no projeto de educação para a saúde: em mudar os hábitos da população. Trata-se, então, da associação entre comportamento humano e o desenvolvimento de doenças. A prevenção da doença e a promoção da saúde dos indivíduos seriam conseguidas a partir de exames médicos preventivos e de orientações para a saúde: 1925 a 1960. Geraldo Horácio de Paula Souza é um nome importante desse período, dessas concepções. A educação para a saúde tinha como estrutura básica os Centros de Puericultura, de vacinação, com o objetivo de transmitir bons hábitos às mães e às crianças. Essas novas abordagens, entretanto, não excluem a utilização de estratégias do período anterior: a polícia sanitária e o campanhismo (Mendes Gonçalves, 1994).

O terceiro modelo, a Programação, instituído a partir de Leser, pode-se considerar como decorrente de duas vertentes de pensamento: a Medicina Comunitária e o Planejamento em Saúde. A primeira surge nos EUA, na década de 1960, como modelo alternativo dos serviços de saúde dirigidos às populações marginalizadas. Na verdade, é também uma aplicação ao Sistema de Saúde das propostas que vêm sendo discutidas por dentro da formação médica (a Medicina Integral e a Medicina Preventiva), as quais estão centradas na reformulação da educação médica e do ato médico. São expressões desses movimentos o referencial da história natural das doenças e a abor-

dagem integral do paciente, entendido como um ser biopsicossocial.

Enquanto a Medicina Integral e a Medicina Preventiva atuam na reforma do ensino médico, a medicina comunitária busca intervir na organização de serviços.

> "*O princípio da medicina integral deve continuar a orientar a prática, mas as estratégias se deslocam do ato médico individual e do médico como agente privilegiado da recomposição para a busca de novos modelos de organização, cujo alvo seria a coletividade."* (Donnangelo *apud* Nemes, 1990:76-7).

São características importantes da Medicina Comunitária de que a Programação se utiliza: a integração das ações de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço; a regionalização e a hierarquização das atividades de saúde; a ampla utilização de agentes não médicos – elementos associados às ideias de extensão de cobertura e de ações simplificadas nos serviços de saúde.

O segundo componente da Programação é o planejamento, como estratégia de racionalização, compatível também com o ideário, com o contexto político centralizado pós-1964. Uma parte importante dessas propostas de racionalização se expressa no modelo de Programação Cendes / OPS, no bojo das políticas de desenvolvimento social.

Para alcançar os objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo, faz-se necessário passar a atender o conjunto da população no seu conjunto de problemas, o que implica a ampliação da assistência médica para diferentes grupos populacionais (mulheres, crianças, idosos, tuberculosos, hansenianos), e não apenas o tratamento de doenças específicas: os danos ou agravos. Pode-se considerar essa estratégia como agente indutor do princípio da universalização.

Nemes, em 1990, ressalta características da Programação: ter finalidade e objetivos gerais assentados em categorias coletivas; ter programas definidos por grupos populacionais; utilizar equipe profissional; operar com atividades de rotina e eventuais; padronizar fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais; ter um sistema de informações para avaliações na própria unidade; e regionalizar e hierarquizar as unidades.

O atendimento clínico aos indivíduos doentes está subordinado à lógica epidemiológica. Na equipe, além do médico-assistente e do enfermeiro, com função mais gerencial, há o visitador sanitário, responsável pelas ações de vigilância e orientação de medidas preventivas (Nemes, 1990).

Esses referenciais vão influenciar os processos educacionais: na graduação de profissionais, na formação dos sanitaristas, no treinamento em serviço, bem como na capacitação de trabalhadores de nível médio, os quais vão se inserir na proposta como um coletivo de trabalhadores. No campo da graduação, por exemplo, a medicina integral, a preventiva e a comunitária orientam as propostas de reforma curricular, em razão das quais surgem os Centros de Saúde-Escola, os projetos de integração docente-assistencial e, posteriormente, o Projeto Uni e a Rede Unida.

> *"No Brasil, há uma adesão das escolas médicas às proposições desses movimentos reformadores, notadamente por intermédio dos Departamentos de Medicina Preventiva. Esses departamentos vão desenvolver um interesse crescente em estabelecer um campo de práticas, mediante serviços experimentais ou serviços de saúde já existentes, a fim de permitir ensino extramuros mais junto à família e à comunidade; e, ainda, investigar ou estudar inovações nas ações em saúde e, também, na organização de serviços."* (Cyrino, 2002, p. 21).

Os Centros de Saúde-Escola são implantados como modelos de funcionamento dos novos modelos de assistência e de campos de formação para os profissionais, em especial o profissional médico. Enquanto isso, o modelo Cendes / OPS vai influenciar os processos de formação dos gerentes e de capacitação de profissionais para as atividades dos Programas em implantação.

O final dos anos 1970 e os anos 1980 são decisivos para a reorientação da organização da atenção à saúde, no país e no Estado, no caminho do Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse particular, cabe destacar, em nível federal, a Lei 6.229, que cria o Sistema

Nacional de Saúde (1975), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS, 1976) e sua expansão (1979), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE, 1980) e o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde da Previdência Social (Plano CONASP, 1982), iniciativas que, objeto de várias discussões e estudos, são consideradas por estudiosos da área como passos significativos para a reordenação do setor (Paim, 1986). Poder-se-ia considerar a década de 1980 como "os anos dourados da saúde" no caminho da democratização e do acesso. Nesses anos, há a maior mobilização popular já registrada na história deste país, a partir da campanha das **Diretas já!**, seguindo em torno da candidatura de Tancredo Neves (Paim, 1986).

Maio de 1984: no âmbito da sociedade civil, diversas forças atuantes na política de saúde elaboram e colocam a estratégia das AIS como a forma mais concreta de viabilizar as políticas de saúde da Nova República. Muitos são os debates, os acordos, as divergências, os consensos; há intenso processo de mobilização dos diferentes segmentos da sociedade social. Todo esse processo de concepção e viabilização das AIS é apresentado e analisado por Paim (1986).

Um conjunto de aliados importantíssimos ao projeto de democratização é representado por Cebes, Abrasco, Conass, Conasems e por parlamentares de partidos políticos mais comprometidos com a democracia e com os interesses da classe trabalhadora.

Março de 1986: em cenário de nova República, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de 5.000 representantes dos segmentos da sociedade civil organizada e a recomendação de ampla Reforma Sanitária Brasileira. Na sequência, a Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Cidadã, de 1988, e o Sistema Único de Saúde – SUS.

Já com o SUS, com a Lei Orgânica da Saúde, com a Lei 8.142, o começo dos anos 1990 representa um momento importante de inflexão na história da atenção básica à saúde. O Ministério da Saúde, com o objetivo de estender as ações de saúde à população até então desassistida, assume a implantação, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Esse processo evolui para a institucionalização, em meados da década de 1990, do Programa de Saúde da Família – PSF. Alguns relatos e avaliações do PSF são muito otimistas; outros, mais moderados. Todos, entretanto, ressaltam os resultados, as perspectivas do modelo para melhoria dos indicadores de saúde e do acesso da população aos serviços. Para a realização da proposta, aparece, como referência privilegiada, a atuação de Equipes de Saúde da Família integradas, cada uma delas, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde, e responsável por 800 a 1.000 famílias residentes em uma área geográfica determinada.

Quando se consideram as diferentes propostas, consegue-se identificar que, na sua trajetória de implantação, nas diferentes regiões, o PSF traz em si a capacidade de evidenciar alguns problemas que já eram clássicos na área de recursos humanos em saúde: o perfil, a disponibilidade e a distribuição dos profissionais, entre outros. Para a viabilização desse modelo, exigem-se profissionais com características diferentes, com capacidade de fazer a abordagem integral. Fundamental para o Programa é o Agente Comunitário de Saúde – um trabalhador selecionado por critérios específicos, morador da região, em relação ao qual há especificidades de expectativas de prática e de inserção. A ênfase no trabalho em equipe (um dos pilares da transformação do modelo, da responsabilização por uma determinada população), a necessidade de planejar o trabalho, considerando o perfil epidemiológico da comunidade na abordagem individual e familiar, na valorização do vínculo, traduzida no trabalho em tempo integral, associando tanto conhecimentos científicos, como saberes tácitos trazidos pelo Agente Comunitário, colocam a exigência de novas competências. Nesse sentido, há que se contratar e requalificar continuamente os profissionais para e no trabalho.

Com esse entendimento, a Coordenação Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, além da cooperação técnica e financeira para Estados e Municípios, publica e difunde, para todo o país, material didático para capacitação dos diferentes profissionais integrantes da equipe. Essa iniciativa é de grande importância para os processos de capacitação que se desenvolvem. Com a expansão do PSF, faz-se neces-

sário, a partir de 1997, fomentar a criação de núcleos especiais, os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, como espaços de articulação entre instituições de ensino e gestores do SUS, no sentido de viabilizar programas de formação e educação permanente para os profissionais das equipes de Saúde da Família, propondo-se, também a dar conta de algumas outras questões.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde constitui a Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde, responsável pela coordenação da política educacional, bem como para o enfrentamento dos problemas referentes às relações de trabalho no SUS. A SEGETS apresenta, no final de 2003, as diretrizes, normas e estratégias para a constituição de uma Política Nacional de Educação Permanente. Essa proposta, baseada nos princípios da Educação Permanente, promove a ampliação do escopo das ações desenvolvidas pelos Polos de Capacitação de Saúde da Família. A proposta passa a ser não mais a qualificação dos profissionais do PSF, mas a de todos os trabalhadores do SUS, no conjunto de demandas educativas que se fazem necessárias.

Nessa perspectiva, a capacitação dos trabalhadores do SUS deve ocorrer de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, ou seja: em todos os locais, a partir de cada realidade / necessidade local e regional. Deve ser entendida como processo permanente, garantido durante a graduação, e mantido na vida profissional, mediante parceria entre as instituições de ensino, os serviços de saúde, a comunidade e outros setores da sociedade civil.

A Educação Permanente (EP) deve preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho; para tanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos, pois o acúmulo de saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas. Construir o processo de formulação e implementação da Política de EP em saúde para o SUS é uma tarefa de coletivos organizados para essa produção.

Na sequência deste artigo se apresentam seções selecionados pelos autores relativas à história da **Preparação de Recursos Humanos para a Atenção Básica à Saúde** no estado de São Paulo:

- O início da preparação de RH para a ABS em São Paulo;

- Os programas e subprogramas: a organização da atenção básica – os sujeitos;

- Os Centros de Saúde-Escola;

- A atenção básica à saúde em zona rural;

- Projeto para "municípios carentes";

- A formação de pessoal de nível técnico;

- Programa Metropolitano de Saúde – PMS;

- Consultório Médico de Família;

- O Programa de Saúde da Família em São Paulo: O Projeto Qualidade Integral em Saúde – QUALIS / PSF;

- Estruturação de um sistema de Educação Permanente;

- Outras iniciativas para capacitação de RH para a Atenção Básica à Saúde – ABS.

2. O INÍCIO DA PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA EM SÃO PAULO

> *"As coisas que acontecem, é porque já estavam ficando prontas, noutro ar, no sabugo da unha; e, com efeito, tudo é grátis quando sucede, no reles do momento."*
>
> (Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas)

Pode-se considerar que a história da Saúde Pública paulista, enquanto campo de práticas permanente institucionalizado, inicia-se, de fato, com a Constituição de 1891 e com o advento da República (Mendes Gonçalves, 1994), quando a execução dos serviços terrestres de saúde pública passa a ser atribuição dos governos estaduais. A evolução dos serviços estaduais de saúde pública, a partir dessa época, é narrada, com detalhes, por Mascarenhas, em "História da Saúde Pública no Estado de São Paulo" (Mascarenhas, 1973).

> *"Assumindo a Diretoria do Serviço Sanitário do Estado, em 1898, Emílio Ribas é associado, como figura histórica, à primeira fase da saúde pública paulista que se estende de 1889 a 1925. Esse primeiro modelo tecnológico baseia-se na epidemiologia enquanto saber que permite a apreensão do objeto de trabalho, da qual decorrem instrumentos de trabalho destinados à intervenção sobre o mesmo: as campanhas e a polícia sanitária."* (Mendes Gonçalves, 1994:110).

Emílio Ribas também inicia, em 1905, atividades que podem ser consideradas como de atenção primária à saúde: cria "um serviço de inspeção de amas de leite na Capital, com um consultório destinado a lactentes filhos de indigentes: o primeiro órgão de proteção à criança entre nós" (Mascarenhas, 1973:4).

Posteriormente, em consonância com as concepções da época, Paula Souza reorganiza, em 1925, o Serviço Sanitário do Estado, introduzindo o Centro de Saúde – CS, a educação sanitária e a visita domiciliar. Mendes Gonçalves (1994) considera adequado identificar na Educação Sanitária o instrumento privilegiado do modelo proposto por Paula Souza, o CS. Foi fundado como anexo ao Instituto de Higiene, entre 1922 e 1923, o primeiro CS que, hoje, tem o seu nome. Na concepção de Paula Souza, a ação sanitária local deve ser feita por uma só unidade, o CS, dando ênfase maior às atividades de promoção e proteção da saúde; o CS deve ser uma unidade dinâmica, com educadores sanitários recrutados entre os professores primários com cursos no Instituto de Higiene; a educação sanitária deve ser a base da ação sanitária, com o objetivo de modificar padrões culturais prejudiciais à saúde.

Para atender a essa política, em 1925 é instalado o primeiro **Curso de Educadores** na Faculdade de Saúde Pública (Mascarenhas, 1973). Já em 1929, é instalado o **Curso de Saúde Pública** para médicos, com duração de um ano. Apenas depois de 1945, com a transformação do Instituto de Higiene em Faculdade de Higiene e Saúde Pública, o Curso de Saúde Pública é estendido para outros profissionais de nível superior: engenheiros (1949), dentistas (1958), enfermeiros (1967), outros profissionais (1967). Em 1943, inicia-se o Curso de Nutricionistas.

Data de 1931 a criação, no Estado, de cargos de Visitadores Sanitários (Mascarenhas, 1973), sujeitos que devem garantir uma ação dinâmica entre as unidades sanitárias e a população; o treinamento desses visitadores é realizado em serviço.

A criação da Secretaria de Saúde Pública e de Assistência Social do estado de São Paulo acontece em junho de 1947.

No final da década de 1950 e início dos anos 1960, inicia-se, na Capital, a vacinação Sabin das crianças, ao mesmo tempo em que é dada ênfase à construção de Unidades Sanitárias bivalentes, trivalentes e polivalentes, para agregar, em um mesmo edifício, um Posto de Assistência Médica, com um Posto de Puericultura e/ou um dispensário de tuberculose ou de lepra, e/ou um posto de Malária ou de Tracoma etc. (Mascarenhas, 1973). Em 1964, é assinado o primeiro convênio da SES com a FSP para formação de pessoal técnico e administrativo.

3. OS PROGRAMAS E SUBPROGRAMAS: A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – OS SUJEITOS

Referência fundamental para a Política de Saúde no Estado e, no seu interior, a implantação da Atenção Básica à Saúde (ABS), e para a formação de Profissionais, é a Gestão de Walter Leser, que assume a SES em fevereiro de 1967. A estruturação da Secretaria e das ações é profunda e decisiva. Entre as ações mais diretamente relacionadas com a ABS e a preparação de recursos humanos, citam-se: a descentralização técnico-administrativa; a concepção de que as unidades de saúde locais seriam os CS, escalonados segundo níveis de complexidade de atenção à saúde, com quadro de pessoal próprio; a criação da Carreira de Médico Sanitarista, com 856 cargos; e a implantação dos Programas e Subprogramas nas UBS. É assinado Convênio com a FSP / USP para o Curso Curto, com duração de seis meses, para formação de médicos sanitaristas.

Também são criados 208 cargos de Inspetor de Saneamento (Mascarenhas, 1973).

As informações acima, oriundas de Mascarenhas (1973), ganham vida com o conteúdo de conversa com Zilah Abramo, ardorosa defensora e batalhadora pela Reestruturação da SES:

> *"Em 1972, fui para a SES incumbida de cuidar dos Recursos Humanos e de fazer o trabalho sobre os médicos sanitaristas. Já havia os cargos, já fora criada a carreira, mas apenas um terço dos cargos estava ocupado. Havia um Curso de um ano, na FSP, cuja clientela não era voltada para a rede básica. Após estudar o curso, eu concluí que ele não atendia às necessidades e havia que mexer em tudo: na seleção, no curso, no perfil dos alunos e, na SES, teria que mexer no salário, no tipo de carreira, entre outras coisas... Levei o resultado desse estudo ao Secretário que ainda não era o Leser; ele não se animou muito. Um exemplar, não sei como, foi parar nas mãos do Leser. Assumindo a SES, ele se pronunciou acerca do Relatório: tudo o que ele queria fazer estava ali. Em relação aos demais RH, foi feito também um estudo que indicou a existência de um déficit, de todas as categorias. Leser considerou fundamental colocar médicos sanitaristas na rede. Ele só queria funcionário concursado... Conseguimos mudar o Curso de Saúde Pública para médico, para seis meses e conseguimos 50 vagas em cada Curso. Foi criada uma Comissão de Concurso para admitir todas as categorias para a rede, tanto de UBS, quanto de hospitais: enfermeiro, cozinheiro, auxiliar de enfermagem, visitador sanitário, fiscal sanitário e todos os outros necessários. As enfermeiras tiveram um papel importante: elas visitavam os hospitais, os CS, para ver as carências. Fizemos os Concursos em todas as localidades do Estado onde havia hospital e CS. O concurso era feito na própria cidade. Foi uma loucura! Aconteceram mais de 100 concursos, no período de um ano! Também foram criados cargos de enfermeiras de CS e de Distritos. Para os visitadores, já existiam os cargos; fizemos os concursos...*
>
> *Através desses concursos, mudou significativamente a composição dos funcionários: em lugar de apadrinhados, passaram a disputar e a classificar-se para os cargos e funções existentes, todos aqueles que tinham a habilitação requerida. Entre esses novos funcionários estavam muitos que tinham lutado contra a ditadura e pelas liberdades democráticas, ou no apoio aos movimentos populares por melhores condições de saúde, nos bairros... Mudou a faixa etária; entraram mulheres, pessoas que tinham história de inserção política. Houve choque ideológico, choque gerencial, tudo. Foi uma verdadeira revolução!... Os cargos de médicos sanitaristas que eram, até então, ocupados, principalmente, por médicos consultantes, promovidos a sanitaristas pela antiguidade, passaram a ser providos por jovens provenientes das residências de Medicina Preventiva ou Medicina Social e, por isso, já imbuídos dos conceitos básicos da Reforma: a saúde como direito inalienável do cidadão, tendo como corolário a universalização do atendimento; a saúde como um processo global e não restrito à assistência individual ao doente; a valorização do trabalho em equipe; a negação do autoritarismo nas relações médico-paciente etc.; e, especialmente, da compreensão de que a questão da saúde está intimamente relacionada com as condições de vida e de trabalho. O mesmo acontecia com os profissionais de outras carreiras que, de uma forma ou de outra, na escola, no ambiente de trabalho ou na convivência com os movimentos de bairro, vinham internalizando a ideologia da saúde pública."* (Zilah Abramo, 2009:360).

> *"O treinamento para os funcionários, exceto o médico sanitarista, era feito no próprio local, pelas equipes locais. Importantes foram as atividades realizadas nos Distritos e nos CS. Houve várias iniciativas de sucesso. O pessoal estava empolgado com o processo, em todo o Estado."* (Conversa com Zilah Abramo, 2011).

> "*A velocidade que se imprimiu, nos anos 76-78, à implantação da Programação pode ser indicada por alguns dados relativos ao período. Para os médicos sanitaristas, realizaram-se quatro cursos de formação, três concursos públicos para ingresso na carreira e cinco concursos de acesso. O resultado foi uma grande aceleração no ingresso destes profissionais: dos 622 cargos criados até 1975, apenas 190 estavam preenchidos; em final de 1978, já se encontravam preenchidos 409 cargos."* (Nemes, 1990)

O depoimento abaixo, emblemático, reflete o esforço que foi desenvolvido nesse processo, também nas regionais, nos distritos do Estado, no afã de reorganizar a atenção à saúde no Estado.

> *"Em dezembro de 1971, iniciando atividade como enfermeira no Distrito Sanitário de Tupã, subordinado à Regional de Bauru, percebemos a necessidade de organizar o atendimento nos CS, levando em conta a contratação de visitadoras e de fiscais sanitários pela Secretaria de Saúde e o atendimento precário feito pelos antigos funcionários. Solicitamos, então, ao Diretor do Distrito que fizesse contato com a Delegacia Regional de Ensino propondo que, no período das férias escolares, nos possibilitasse a utilização de uma escola próxima, na qual poderiam ser realizados treinamentos para os funcionários recém contratados. Após o treinamento, observamos que o numero de óbitos por doenças transmissíveis era muito expressivo, o que nos motivou a iniciar um trabalho "casa a casa" na zona rural e urbana, vacinando adultos e crianças e realizando busca ativa de tuberculose e de hanseníase. Elaboramos também um programa de palestras nas escolas e centros rurais para orientar crianças e adultos sobre verminoses, ao tempo em que realizávamos coleta de material para exames e posterior tratamento. Nessa ocasião, era feita também a orientação sobre abertura de poços domiciliares e a construção de fossas sanitárias. Verificamos, posteriormente, uma perceptível melhora nos indicadores de doenças transmissíveis. Intensificamos também a notificação de doenças transmissíveis, pelos hospitais para melhorarmos o atendimento aos comunicantes. Posteriormente, com a gestão do Dr. Leser, foram estabelecidos os Programas de Assistência à criança, à gestante e ao adulto, com atividades de pré e pós consulta. Em síntese, esse foi nosso trabalho: simples, mas com resultados gratificantes em termos, principalmente, de mortalidade infantil."* (Depoimento enviado por Diva Christina Iost Luiz e Cleide Fernandes Campos, em março de 2011, à época Diretora do Distrito e Visitadora Sanitária recém-concursada, respectivamente, 2011).

Um detalhamento dos Programas e Subprogramas da Secretaria de Estado da Saúde pode ser encontrado em documentos oficiais da época. Muito importantes para o entendimento do tema são os estudos de Schraiber (1996), Mendes Gonçalves (1994) e Nemês (1996).

Coerente com a proposta dos Programas e Subprogramas é o conteúdo de treinamento ministrado para os Visitadores Sanitários do DS da Lapa, datado de 1985. São temas abordados: Sistema Nacional de Saúde – atenção primária e trabalho em equipe; Atividades dos Programas e Subprogramas: Sistema de Vigilância Epidemiológica; Doenças Transmissíveis e de Notificação Compulsória; Saneamento do meio; Vacinação; Medicamentos; Programa de Assistência ao Adulto; Programa de Assistência à Gestante; Programa de Assistência à Criança; Subprograma de Tuberculose; Subprograma de Hanseníase; Outros Subprogramas; Visita Domiciliar nos Programas e Subprogramas. Esse conteúdo, nessa sequência, supõe-se que seja utilizado em todos os distritos e regionais do Estado.

Enquanto isso, em meados da década de 1970, inspiradas nos movimentos de reorganização da atenção à saúde e de extensão de cobertura, acontecem, no estado de São Paulo, importantes experiências de implantação de Programas de Atenção Básica à Saúde. A partir da eleição direta para prefeitos em cidades que não são capitais de estados ou consideradas estratégicas, multiplicam-se, pelo país, iniciativas municipais para resolver demandas sociais emergentes e urgentes por serviços públicos. O surgimento dessas iniciativas relaciona-se, também, com uma conjuntura política e social específica: uma crise decorrente do contraste que caracteriza o cenário da assistência médica – a dominância de uma medicina altamente diferenciada, de custo elevado, disponível para determinado estrato da população e um enorme contingente de pessoas privadas do atendimento a necessidades básicas de saúde, que migram do campo para as cidades à procura de emprego, superlotando os já precários serviços sociais dos municípios e, entre eles, os de saúde. Essa situação de migração intensa leva os dirigentes municipais a investir em serviços municipais de saúde e em alternativas que possibilitem o atendimento dessa população (Silva, 1986). Uma das áreas mais críticas e de escolha dos novos dirigentes foi a da saúde. Assim, vários municípios implantam programas dentro dos princípios da ABS. Uma das vertentes dessas iniciativas municipalistas foram os programas de agentes de saúde. Em São Paulo, muitos municípios aderem à estratégia. São José dos Campos é um dos municípios que dispõem dessa experiência desde 1979.

4. OS CENTROS DE SAÚDE-ESCOLA

Conforme se viu, no Brasil, os movimentos de Medicina Integral, Preventiva e Comunitária influenciam propostas de reforma curricular, com ênfase no desenvolvimento de atividades de ensino em serviços. Em São Paulo, essas atividades são viabilizadas com a criação de Centros de Saúde-Escola (CSE), mediante convênios entre instituições de ensino médico e a SES, "urbanos ou rurais, tendo atribuições, sobretudo, a integração docente-assistencial e, subjacente a essa, o desenvolvimento de investigações sobre modelos experimentais de organização de serviços de saúde" (Cyrino, 2002:39). O número de CSE chegou a 17 no Estado. Os primeiros a serem instalados foram o CS Experimental da Barra Funda, ligado à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 1967, e o CSE de Botucatu, da Faculdade de Medicina de Botucatu, em 1972. O CSE Barra Funda e o de Botucatu muito contribuíram para a Programação da Reforma da SES, na medida em que já desenvolviam os Programas e Subprogramas, nas suas atividades.

5. A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM ZONA RURAL: O VALE DO RIO RIBEIRA, SP

Pode-se considerar que a preparação de recursos humanos para a ABS no Vale do Ribeira teve início no final da década de 1970, quando o Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, por intermédio de docentes e alunos, faz um diagnóstico das condições de saúde da região, com o objetivo de implantar um programa de assistência à saúde regionalizado e integrado e que se constituísse em área de pesquisa, ensino de medicina e prestação de serviços, por meio de convênio com a SES. Esse convênio vigorou até 1979, mas seus efeitos sobrevivem até hoje (Mota, 2011).

As características da população e da ocupação da terra, acontecimentos políticos e movimentos sociais da década de 1970, anos de ditadura militar, e a existência de campos de treinamento para guerrilha funcionam como um divisor de águas e fazem convergir para a região uma série de políticas públicas. Todos esses fatores influem em iniciativas para o Vale, considerado área de segurança nacional. (Silva et al., 1986; Vilanova et al., 1992; Dellatorre, 1982).

A Divisão Especial de Saúde do Vale do Ribeira (Devale) é criada em agosto de 1973. Todos os municípios dispõem de CS, embora muitos não contem com a presença permanente de um médico. A situação da região é de pobreza e precariedade, o que, ao lado da ausência de equipamentos sociais, resulta em alta mortalidade por causas evitáveis e em sobrecarga física e emocional para os profissionais.

O convênio entre a SES e a FMUSP, que vigora entre 1975 e 1979, propicia a formação e o contato de muitos profissionais com o Vale, como alunos e como supervisores e, para alguns, significa o começo de uma carreira na região. Os quadros de profissionais das unidades básicas, mistas, hospitais e postos de gestão recebem muitos egressos dos estágios de graduação e de residência médica no Vale, ou profissionais que são convencidos em contatos individuais e pessoais.

A abertura do CSE Samuel Pessoa, na cidade de São Paulo, em 1977, também por convênio entre a FMUSP e a SES, representa o deslocamento do ensino de ABS da área rural para a área urbana.

Muitos médicos que atuam no Vale fazem o "Curso Curto" de Saúde Pública, oferecido pela FSP/USP. Alguns desses médicos escolhem trabalhar no Vale, assumindo a direção de CS, cargos privativos desses profissionais.

Um levantamento das condições de saúde e dos equipamentos da região realizado pela equipe em 1979 dá origem a uma proposta que consiste na organização de um sistema regional descentralizado de saúde. Essas providências coincidem com a época de apresentação, pela SES ao MS, do Plano Operativo Anual, com vistas à assinatura de convênio entre os dois níveis de governo. Nasce, assim, o Projeto de Expansão dos Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural – Vale do Ribeira (Projeto DEVALE), em 1981, o qual tem como objetivo "ampliar a cobertura de serviços básicos de saúde e saneamento à população da região abrangida pelo Devale, com ampla participação da população" (São Paulo, 1981). Nesse sentido, são previstas ações entre as

quais: implantar Postos de Assistência Sanitária operados por Agentes de Saúde, em núcleos populacionais rurais e periféricos aos centros urbanos; reorganizar a estrutura técnico-administrativa da rede de serviços existente, a fim de atender à expansão da oferta de serviços de saúde à população; treinar Agentes de Saúde selecionados na própria comunidade para operar os Postos, desenvolver ações de saneamento, promover condições de saúde e atender doenças mais comuns (Silva et al., 1986). Também a partir de 1983, desenvolvem-se ações de saúde e saneamento, com a preparação tanto de **agentes de saúde**, quanto de **agentes de saneamento**.

São definidas 15 localidades rurais, pertencentes a sete municípios da região, para instalação dos "postinhos". A principal razão de escolha desses municípios deve-se à existência de médicos sanitaristas nos CS, o que facilitaria a supervisão.

Em todas as situações e decisões relacionadas ao Projeto, há envolvimento dos professores comunitários, representantes de igrejas, autoridades e outras lideranças. Diversas reuniões são realizadas com moradores dos bairros para decidir sobre todos os aspectos, aí incluídos a escolha dos agentes, a definição das funções e o treinamento. No processo de escolha, os moradores, nas reuniões, elaboram uma listagem de qualidades que a pessoa deve ter e dos defeitos que não podem ser admitidos. Na sequência, são sugeridos nomes de pessoas que atendiam àqueles requisitos. Na maioria das localidades, após a indicação dos nomes, é procedida eleição, por votação secreta, situação especial, já que estão em 1981, sob o regime de exceção.

Muito especiais e inovadores são a proposta metodológica e o modelo de treinamento elaborado pela coordenação do Projeto, sob orientação de Izabel dos Santos e Hortência de Hollanda, respectivamente consultoras da OPS e do Ministério da Saúde. A metodologia proposta visa a desenvolver, nos agentes, competências para conhecer criticamente as situações de saúde no contexto da realidade em que elas aparecem e buscar um saber no sentido de mudar tais situações (Hollanda, 1979). Para os instrutores, algumas preocupações: o conteúdo do treinamento deve respeitar os aspectos que o agente traz como reivindicações do bairro; os conhecimentos e as técnicas a serem apreendidos devem prover competência para o trabalho com os problemas de saúde mais prevalentes e para a execução dos programas e subprogramas da SES/SP; a metodologia deve garantir participação ativa dos treinandos; o processo de capacitação não deve afastá-los do seu bairro e, pelo contrário, deve procurar mantê-los como integrantes do grupo social a que pertencem. O treinamento inicial dos agentes de saúde do Vale do Ribeira tem a duração de 12 semanas, sendo dez na sede do treinamento e nas localidades rurais e duas em estágio prático nos CS. Esse processo deve ter seguimento no desenvolvimento da prática, nas localidades rurais. Ao todo, são realizados cinco treinamentos: em 1981, em 1982, dois em 1984 e um em 1988, para um total de 92 agentes. Em 1992, o projeto já conta de 61 postinhos e 74 agentes de saúde em serviço (Vilanova et al., 1992).

Tendo em vista o disposto na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei 7.498/86, segundo a qual a enfermagem só pode ser exercida por pessoas legalmente habilitadas (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e inscritas no COREN de sua área, em 1991, em Seminário de Avaliação de dez anos do Projeto Devale, é proposto que os agentes de saúde que exercem funções de enfermagem façam o curso de auxiliares de enfermagem, o que realmente aconteceu. Anos depois, com a implantação do PSF, esse modelo retoma a figura do agente de saúde na sua identidade mais própria, inserindo-o como agente comunitário numa equipe de saúde integrada também por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem (Silva e Dalmaso, 2002).

6. PROJETO PARA "MUNICÍPIOS CARENTES"

Em 1982, o então candidato ao Governo de São Paulo, André Franco Montoro, confidencia a assessores que a maior queixa que ouve, em suas viagens e contatos, se refere à ausência de médicos nos municípios. Entre os mais de 400 municípios do Estado, 250 não dispõem de médico; alguns deles têm o médico apenas uma vez por semana ou eventualmente.

O desafio, na época: como colocar médicos, rapidamente, nesses municípios? O contrato pela SES não resolve, porque, oficialmente, muitos municípios dispõem de médicos, mas a presença deles é intermitente. Os prefeitos querem médicos que residam no município. Os CS funcionam, na maioria das vezes, apenas com um atendente que aplica vacinas, pesa as crianças e distribui o leite em pó. Raras unidades dispõem de visitadoras sanitárias. A decisão é pela transferência de recursos financeiros do Estado para o Município para que esse último proceda às contratações. O Programa é "batizado" com o nome de "Municípios Carentes". Inicialmente, as cotas financeiras repassadas pelo Estado para os municípios se destinam à contratação de um médico. Com o êxito do Programa, os Prefeitos colocam demandas por dentista, mais um médico, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros. O Programa resulta, de fato, na fixação de médicos e de outros profissionais de saúde em municípios do interior. Há, para eles, um processo de apoio técnico, de conhecimento dos Programas e Subprogramas da SES. A educação permanente e a atualização desses profissionais são de responsabilidade dos técnicos das Regionais de Saúde.

Com a implantação das AIS, o Programa vai sendo substituído; muitos médicos, entretanto, permanecem nos municípios, pois criam vínculo (Cecília Dellatorre, 2011).

7. A FORMAÇÃO DE PESSOAL DE NÍVEL TÉCNICO NO ESTADO DE SÃO PAULO

Historicamente, a formação em nível técnico é encarada como um destino para filhos dos operários, para aqueles que necessitam ingressar precocemente no mercado de trabalho. Evidencia-se, assim, uma distinção: de um lado, a educação para a formação das elites condutoras do país nas universidades; de outro, a formação profissional para o trabalho, para as áreas de comércio, indústria, entre outras.

Muito importante para mudar o *status* da educação profissional, no Brasil, são os movimentos sociais, em vários cenários, as experiências exitosas nos serviços, como o Larga Escala, o que teve reflexos nas perspectivas delineadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei Federal 9.394/96), além de normatizações posteriores que apontam para a elevação da escolaridade e para uma concepção de formação que proporcione compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho, do saber tácito e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões.

Em São Paulo, o ano de 1987 pode ser considerado como um marco na formação de pessoal de nível técnico em saúde. Inicia-se, nessa época, a inserção desse tema na pauta da SES, em trabalho desenvolvido com a cooperação técnica do MS e da OPS. Como resultado desse esforço, tem-se a criação dos Centros Formadores de Pessoal para a Saúde – Cefor, que proporciona a implantação do Projeto Larga Escala, uma nova visão e uma nova prática sobre educação profissional para o setor.

Uma iniciativa do nível federal, o Acordo para Desenvolvimento de Recursos Humanos, firmado entre o Governo brasileiro e a OPS, assume influência decisiva nesse processo. Dos resultados desse Acordo, desenvolve-se um complexo processo que resultou na concepção das principais estratégias de que se dispõe no país para a Qualificação de Trabalhadores de Nível Técnico na Área de Saúde: a Proposta de Formação em Larga Escala de Pessoal de Níveis Médio e Elementar para os Serviços Básicos de Saúde, conhecido, a partir de então, como Projeto Larga Escala (Brasil / Ministério da Saúde, 1982). O Larga Escala, projeto político de inclusão social inédito no país e na América Latina, contempla quatro componentes que, baseados em princípios éticos de compromisso, de solidariedade e de cidadania, conformam as principais estratégias de formação de profissionais de nível médio em saúde:

a) a concepção de uma escola específica, descentralizada, para alunos-trabalhadores do setor saúde, os Cefor;

b) uma metodologia específica para o processo de ensino-aprendizagem desses alunos;

c) a preparação de instrutores da rede de serviços;

d) a preparação de material didático para os alunos e para os instrutores.

Detalhamento sobre o Projeto Larga Escala, o processo de construção e viabilização das estratégias, os Cefor ou Escolas Técnicas de Saúde (ET/SUS) pode ser encontrado em estudos e publicações, entre os quais os de Silva (2002; 2002b).

Em um cenário de Nova República, por recomendação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, acontece a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos, em 1986. Entre as recomendações: um processo de formação de pessoal de nível médio descentralizado; o fortalecimento dos Cefor, de caráter multiprofissional, para as habilitações requeridas; a adoção do Projeto Larga Escala como processo para formação de trabalhadores de nível médio das instituições de saúde.

Como processo social, o Larga Escala e suas estratégias tornam-se passíveis de recomposição nos estados, na dependência dos grupos envolvidos e dos movimentos sociais locais. A etapa inicial prende-se à capacitação de profissionais de nível superior que atuam como instrutores. Inicialmente, a prioridade é colocada para a enfermagem, na medida do enorme contingente desses trabalhadores na prestação de serviços de saúde e pelas exigências da Lei do Exercício Profissional. A preparação de instrutores implica a capacitação técnica e a capacitação pedagógica que visa à preparação para a função docente, por meio de uma metodologia que, por um lado, rompa com concepções mais tradicionais de educação e avance para "um fazer docente" que leve em consideração os saberes e formas de aprender dos educandos – trabalhadores da área da saúde que não tiveram acesso à educação geral, enfatizando "como as pessoas apreendem", em vez de "como se ensina", tendo em vista a formação de cidadãos. Também o processo de ensino-aprendizagem deve incorporar os processos de trabalho da unidade, objetivando a concomitante organização dos serviços. Nesse sentido, fazem, inicialmente, a capacitação pedagógica enfermeiros, médicos, educadores e profissionais para a implantação do PMS, em especial para os módulos de Cotia, Mauá, Franco da Rocha, São Paulo e Itapecerica da Serra. Os instrutores preparados são muito importantes para o desenvolvimento de processos de capacitação técnica dos enfermeiros e para a preparação de um corpo de instrutores para a área de odontologia.

Com a operacionalização das AIS e as demandas para recursos humanos, reunião do Conselho Técnico Administrativo da SES, realizada em 13 de agosto de 1986, reconhece o Projeto Larga Escala como a principal estratégia de formação de pessoal de nível médio. Na época, a SES possui um contingente de cerca de 7.500 atendentes, 2.000 visitadores sanitários, 1.000 auxiliares e técnicos de laboratório, 200 operadores de raios-X, os quais, na sua maioria, ingressam nos serviço sem preparação, recebendo treinamentos nem sempre suficientes. Essa situação se repete na maioria das Secretarias Municipais de Saúde. Faz-se, então, necessária a criação, no Estado, dos Cefor para a área de saúde, flexíveis, com execução descentralizada dos cursos, e que respondam, em curto e médio prazo, à necessidade de formação de pessoal de nível médio nas várias áreas profissionais da saúde.

O Conselho Estadual de Educação, conforme sua competência, autoriza o funcionamento do Larga Escala como uma experiência pedagógica em Cefor que funcionem junto às Escolas de Auxiliar de Enfermagem de Franco da Rocha, de Assis e de Pariquera-açu. Essas escolas, criadas para atender a demandas específicas das instituições às quais se vinculam, transformam-se, assim, nos primeiros Cefor do Estado, mediante alterações nos respectivos Regimentos Escolares.

Atualmente, a SES dispõe de seis Cefor localizados nos municípios de Franco da Rocha, Pariquera Açu, Assis, Araraquara, Osasco e São Paulo. O município de São Paulo dispõe, também, de um Cefor que desenvolve, para milhares de trabalhadores, atividades de formação e de capacitação nas várias áreas requeridas pelo SUS. Ao todo, existem, hoje, sete Cefor no Estado, autorizados pelo Sistema Educacional para formar profissionais de nível técnico para a área da saúde.

Em 2000, a SES, por meio dos Cefor, integra-se ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem – Profae do MS. A partir desse Projeto, ao longo de cinco anos se formam cerca de 15.000 profissionais de nível técnico para o SUS no Estado, que recebe recursos com contraparti-

da própria para modernização e reforma de prédios dos Cefor.

Em 2009, o Governo do Estado lança o Programa Tec-Saúde, parceria entre a Secretaria de Gestão Pública, a Secretaria de Desenvolvimento, a Secretaria da Saúde e a Secretaria da Educação, para a formação de 90.000 Técnicos de Saúde ao longo dos três anos seguintes. Destinado inicialmente para a qualificação de Auxiliares de Enfermagem em Técnicos de Enfermagem, o primeiro ano do programa (2010) já conta com 80.000 inscritos, tendo efetivamente atendido 45.000 e formado, até o momento, 12.000 Técnicos de Enfermagem. Ao longo do Projeto, são identificadas novas demandas, como a especialização de técnicos de enfermagem nas áreas de Urgência / Emergência, Oncologia e Terapia Renal Substitutiva, bem como para novas áreas técnicas como, por exemplo, técnicos de farmácia, saúde bucal, citotécnicos e requalificação de técnicos de radiologia, que devem ser formados a partir de 2012.

Atualmente, o MS propõe estender a educação profissional a outras áreas da saúde: é o Profaps, em que os Cefor do estado de São Paulo já estão inseridos.

8. PROGRAMA METROPOLITANO DE SAÚDE – PMS

A região da Grande São Paulo, na década de 1980, é cenário para um projeto de reestruturação da rede de serviços de saúde: o PMS, proposta da SES com envolvimento das prefeituras da região e financiamento do Banco Mundial. Levantamentos realizados por técnicos da SES e das Secretarias Municipais de Saúde possibilitam um detalhado diagnóstico sobre as condições de saúde e sobre a oferta de serviços. Esses estudos indicam a necessidade de um tratamento cuidadoso da situação de saúde da metrópole paulista, em especial nos bairros mais distantes. Além disso, movimentos de moradores exigem uma ação mais efetiva do governo estadual visando à melhoria do atendimento (São Paulo, PMS, s/d). Nesse sentido, é elaborado o PMS, que propõe a construção de 400 UBS e de 40 hospitais gerais na Grande São Paulo.

A necessidade de aumentar os investimentos na área da saúde leva o então Secretário, Adib Jatene, a iniciar uma série de negociações com o Banco Mundial. O Banco faz várias visitas a São Paulo, e uma delas ao Município de Cotia, que já dispõe de um modelo de hospital geral cercado por UBS sob um mesmo comando, em convênio entre a SES e a Associação Hospital de Cotia. O Banco considera que o módulo de Cotia pode ser modelo para os demais.

Na região de Cotia, já está implantado um modelo de saúde envolvendo o Município, a SES e a Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, com dois objetivos: o atendimento à população e o treinamento de médicos, em regime de residência. O CSE de Cotia é criado em 1975 e, além do modelo assistencial inovador de integração entre rede básica e hospital, desenvolve um programa diversificado de desenvolvimento de recursos humanos. Desde o inicio, há Programa de Residência em Pediatria Social. Posteriormente, incluem-se as áreas de Obstetrícia e Medicina Preventiva e, depois, Medicina Geral e Comunitária. Os médicos trabalham em regime de dedicação exclusiva e fazem atualização em todas as áreas. O médico que acompanha o paciente na UBS atende também no Hospital. “Em cidade pequena, todas as pessoas conheciam todos os médicos; encontravam-nos em todos os lugares; ninguém podia sair da linha” (Ibañez, 2011).

Ainda no programa de capacitação, ressalta-se, com o apoio da Kellog, o curso para visitadoras sanitárias, com duração de seis meses, com os temas correspondentes aos Programas e Subprogramas da SES. Também são oferecidos Cursos para Fiscal Sanitário e treinamentos para os demais profissionais.

Em janeiro de 1985, a Coordenação do PMS – CPMS é subordinada à CIS, com a atribuição de implantar o novo modelo de Saúde na Região. Um aspecto importante é que os recursos humanos ali lotados podem exercer suas atividades nos diferentes níveis de atenção, ou seja, na UBS, no ambulatório e no Hospital. Com vínculo e gerência únicos, essa mobilidade dentro do sistema é facilitada. Para a área de RH, entretanto, se apresentam enormes desafios. A proposta de integração interinstitucional esbarra em inúmeras diferenças de gestão de pessoal (salari-

ais, vínculos, legais, entre outras), além de diferentes culturas organizacionais. A CPMS enfrenta essa complexidade com estratégias específicas, entre as quais o fortalecimento da descentralização, ao criar, em cada módulo, Grupos de RH responsáveis pela seleção, contratação, treinamento educação continuada de servidores.

A capacitação de recursos humanos para o PMS inclui dois pontos principais:

a) para a atividade-fim: a criação de uma residência médica nos módulos;

b) para a atividade-meio: o preparo de gerentes.

O investimento em recursos humanos contempla, também, a formação de pessoal técnico. É importante destacar a importância, para o PMS, do Projeto Larga Escala, com a metodologia da problematização e a descentralização dos cursos, atendendo às necessidades da clientela e dos serviços. As propostas do Projeto eram viabilizadas em um cronograma que compatibiliza as necessidades de pessoal com o avanço da implantação do novo modelo, por meio da dinamização dos Cefor existentes. Além das atividades voltadas para os profissionais que já trabalham no setor, uma das principais iniciativas do PMS é o estímulo à expansão dos Programas de Residência Médica, nos Módulos de Saúde. Preliminarmente, todos os servidores recém-admitidos recebem o Treinamento de Integração Multiprofissional. O ponto-chave é a metodologia de ensino-aprendizagem utilizada: a mesma do Larga Escala, em que os treinandos refletem sobre os temas, partindo de sua experiência e tomando contato com novos conceitos, realidades e assuntos diversos, analisando, comparando, constatando diferenças, fazendo sínteses, criando hipóteses explicativas. Para os funcionários já em exercício, são realizados treinamentos de Integração ao Sistema Assistencial do Módulo. Entre as prioridades para viabilizar o modelo assistencial proposto, são preparados gerentes e oferecidos processos de capacitação para sujeitos que ocupam posições-chave nas diversas áreas da SES, da Unidade Gerencial da CPMS, e módulos de saúde / ERSA, como o Curso de Especialização em Recursos Humanos (São Paulo, PMS, s/d).

A partir de 1990, com o avanço do SUS, as unidades sanitárias vão para o município, e o hospital ainda se mantém, durante algum tempo, vinculado ao Governo Estadual.

9. CONSULTÓRIO MÉDICO DE FAMÍLIA

Eleito Governador em 1986, Orestes Quércia visita Cuba, de onde volta impressionado com os "Médicos de Família". Decidiu implantar proposta semelhante na região da Grande São Paulo, onde há dificuldade em fixar médicos, em especial nos municípios mais periféricos.

Em publicação da época, identifica-se que o "Programa Consultório Médico de Família é um serviço básico de atendimento do SUDS-SP, para prestar assistência a uma população de 2.000 pessoas. A moradia do médico será instalada anexa ao consultório, constituindo-se, assim, um binômio consultório-residência que representará o elemento básico do Programa. Definidos como 'porta de entrada' para os demais níveis de prestação de serviços e atendendo consultas não especializadas, esses consultórios funcionarão como elo permanente entre o cliente e os outros níveis do sistema público de saúde" (São Paulo, 1987).

No consultório, trabalham um médico de família e um auxiliar de enfermagem. O médico atende nas áreas básicas de Ginecologia e Obstetrícia, Clínica geral, Pediatria e Saúde Mental, "proporcionando assistência integral a cada membro da família e detectando riscos ambientais que venham interferir nas condições de equilíbrio biopsicossocial do indivíduo, em qualquer idade ou sexo" (São Paulo, 1987). O auxiliar de enfermagem ajuda o médico, aplica vacinas e tratamentos prescritos. Além dessas atividades na unidade, atua na vigilância epidemiológica e, entre outras atividades, realiza visitas domiciliares.

Uma preocupação central é com a capacitação dos médicos. Com esse objetivo, são criados o Programa de Educação Continuada e uma Coordenação Central de Ensino. A capacitação é desenvolvida em hospitais de ensino vinculados ao SUDS. Paralelamente ao estágio de aperfeiçoamento, o Programa prevê a atualização dos médicos em Hospitais e UBS, Centros de Referência para consultas especializadas e internações. Assim, para cada conjunto de consultórios, há

um hospital de referência e um preceptor. Uma vez por semana, o médico visita seus pacientes internados e discute o caso com o preceptor. Os salários pagos aos médicos são bastante diferenciados em relação aos pagos aos demais médicos da SES. São abertos, inicialmente, 17 Consultórios de Família na região Leste da cidade. A experiência, entretanto, por diferentes motivos, não se amplia. Dificuldades relacionadas, entre outras, à desvalorização do salário pago tornam o Programa pouco atrativo para os profissionais médicos (Cecília Dellatorre, 2011). Os consultórios remanescentes e a experiência adquirida dão um tom específico ao novo Programa implantado pelo Estado: o Projeto Qualis / PSF. Graças a essa experiência, antigos médicos de família ocupam funções de formuladores, coordenadores e viabilizadores da nova estratégia.

10. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO PAULO: PROJETO QUALIS / PSF

Em contexto específico de grande metrópole, o PSF desembarca em São Paulo no final de 1995, quando a SES, dirigida por José da Silva Guedes, em articulação com o MS e em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, assume o Qualidade Integral em Saúde – Projeto Qualis.

O Projeto Qualis emerge, assim, em um contexto geográfico e político específico – uma grande metrópole, caracterizado, de um lado, pela concentração de recursos materiais e humanos na área de saúde e, de outro, pela desigualdade social e de acesso a serviços. Na cidade de São Paulo, a Prefeitura implanta um modelo de assistência à saúde dissociado do SUS: o PAS. O propósito do Qualis prende-se à reorganização do modelo assistencial baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, tendo como foco a família e a comunidade, em conformidade com os princípios e diretrizes do PSF e do SUS.

Pouco mais de um ano depois da instalação na zona Leste, com base em resultados muito significativos, acontece a decisão de expandir o Qualis para as regiões Norte e Sudeste, em parceria com a Fundação Zerbini, com a previsão de ambulatórios de especialidades e enlace com os hospitais mais próximos. Com alto índice de aprovação pela população e pelas equipes, a expansão do Qualis abrange a região Sul da cidade no ano 2000, mediante novas parcerias: Associação Congregação Santa Catarina e Organização Santamarense de Educação e Cultura / Universidade Santo Amaro – Osec / Unisa.

Além da repercussão na prestação de serviços de saúde, abre-se, também, importante mercado de trabalho para indivíduos residentes nas áreas de abrangência do Projeto. Até o fim de 1998, são contratados 300 agentes comunitários. Eles são incluídos em equipes que contam com um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, com proposta de atuação na UBS, no domicílio e na comunidade. A equipe deve fazer reuniões de supervisão em que se discutam casos e situações. Seu trabalho é orientado pela vigilância à saúde: fazer cadastramento das famílias, realizar visitas mensais às famílias, desenvolver ações para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e controlar os grupos de risco. O preenchimento dos dados diários de produção e a contabilização mensal conformam o seu ritmo de trabalho e o conteúdo básico das visitas. Nessas condições, no contato relativamente mais íntimo com os demais profissionais e com o trabalho assistencial da unidade vai sendo conformada a sua identidade. A sua relação com a população também deve estar pautada pela humanização do atendimento (Silva e Dalmaso, 2002).

Além do trabalho desenvolvido com Organizações Sociais, a Secretaria de Estado, em 2000, resolve iniciar o processo de implantação do Qualis Próprio em UBS da SES, sem parcerias, com os próprios funcionários das UBS compondo as equipes de Saúde da Família. Apenas os Agentes Comunitários de Saúde, por não serem funcionários públicos, são contratados pelas instituições parceiras no Projeto (Seixas, 2006).

A partir dos resultados satisfatórios do Qualis / PSF na capital do Estado, a SES inicia a implantação do modelo em municípios do interior do Estado, em regiões consideradas prioritárias, tendo em vista as condições de saúde e de acesso da população, mediante financiamento e articulação com as Secretarias Municipais.

"O Qualis/PSF proporcionou resultados importantes nos indicadores de saúde das regiões onde foi implantado, com o resgate da relação entre médico/equipe de saúde e o indivíduo, a família e a comunidade. Indicativos importantes do êxito da iniciativa são os índices de satisfação dos profissionais e de aprovação do Projeto pela população usuária: acima de 90%." (São Paulo, 2002:30).

O município de São Paulo, em 2001, com nova Gestão de Governo, assume o SUS como política pública e elege o PSF como estratégia para organização da ABS. Para operacionalizá-la, além de confirmar convênio com as quatro instituições que já participam do Qualis, amplia as parcerias com outras oito instituições consideradas de excelência em ensino, pesquisa e assistência na área da saúde: Fundação Faculdade de Medicina da USP, Universidade Federal de São Paulo, Santa Casa de São Paulo, Instituto Adventista de Ensino, Hospital Israelita Albert Einstein, Associação Comunitária Monte Azul, Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim e Associação Saúde da Família (Seixas, 2006). Após seis anos de funcionamento exitoso, inicia-se a transferência das unidades para a município de São Paulo, processo que é concluído em julho de 2002. Hoje, estão em atividade mais de 900 equipes de Saúde da Família no município.

O PSF é implantado em quase todos os municípios do Estado. O sucesso de viabilização da estratégia deve-se, em grande parte, a um esforço de articulação entre gestores, nas Comissões Intergestores, nos Conselhos Locais, Municipais e Regionais de Saúde (São Paulo, 2002).

As características do Qualis / PSF, as especificidades da proposta e as demandas requeridas para as equipes e para os profissionais fazem com que a capacitação e a educação continuada sejam consideradas prioridade inquestionável, um dos pilares de sustentação da proposta. Com esse objetivo, as Instituições parceiras montam, então, uma Coordenação de Recursos Humanos para o Projeto. Essas estruturas têm sob sua responsabilidade a seleção e o recrutamento dos profissionais e os cursos Introdutório ao PSF e de Educação Continuada.

A partir de fevereiro de 2001, quando assume a estratégia PSF na cidade de São Paulo, a Secretaria Municipal constitui, no Cefor municipal, uma equipe multiprofissional com a função de desenvolver o projeto de formação, capacitação e EP.

A apresentação, o conteúdo e a sistemática dos processos de capacitação variam um pouco, conforme a instituição, mas abordam os temas essenciais e se desenvolvem, na maioria delas, com a preocupação metodológica de integração ensino-serviço.

Um primeiro momento da capacitação é o Treinamento Introdutório ao PSF, que tem como clientela todos os profissionais integrantes das equipes de Saúde da Família, gerentes e pessoal administrativo das UBS. Apresentam-se aqui, como exemplo, os conteúdos do Treinamento Introdutório recomendados pelo Polo de Capacitação da Grande São Paulo. Esses conteúdos e as atividades propostas incluem: Limites e Alcances do Profissional; Comunicação e Ética no Trabalho; Políticas de Saúde no Brasil; O Sistema Único de Saúde: princípios de diretrizes; O PSF; Territorialização; Cadastramento das Famílias e Introdução ao SIAB; Processo de Trabalho das Equipes; Diagnóstico da Área de Atuação / Planejamento do Trabalho; Trabalho de Campo: cadastramento das famílias; Avaliação do Treinamento (São Paulo, 2004).

Na sequência, diferentes processos de capacitação são propostos e desenvolvidos para os integrantes das equipes; há momentos em que todos os integrantes da equipe participam juntos; outros são específicos para cada categoria profissional, segundo necessidades específicas. Outros processos são utilizados, como quando se reúnem cinco a seis equipes de UBS diferentes, propiciando um espaço de troca / compartilhamento de experiências; reunião de equipe, ao final do dia, para discutir as questões mais urgentes; reunião em um dia da semana para planejamento e avaliação do semanal, envolvendo todas as equipes da unidade, entre outras. Além disso, acontecem vários encontros dos profissionais do PSF no Estado. Por exemplo, os Encontros de Agentes Comunitários, que acontecem tanto na Capital quanto em Regiões do Estado; as Mostras de Saúde da Família; o Encontro de Enfermeiros do PSF, entre outros eventos, seminários e oficinas de trabalho, com diferentes objetivos, dentre os quais trocar experiências, manter o entusiasmo dos profissionais, atualização e reflexão sobre o trabalho. Ainda, as unidades do PSF são

campo de estágio para estudantes de graduação e residência em atenção básica: médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas que acompanham integrantes das equipes em suas atividades.

A implantação do PSF, em São Paulo e no Brasil, que passa por significativa expansão a partir da segunda metade dos anos 1990, parece ter, entre outras, duas grandes motivações complementares: o PSF representa uma resposta relativamente padronizada e de fácil implantação, em qualquer município do país, principalmente naqueles com menor estrutura assistencial instalada, ou seja, a grande maioria dos municípios brasileiros, pressionados para dar uma resposta consistente à responsabilidade constitucional de garantir a atenção à saúde dos munícipes. A essa demanda se associa, a partir da segunda metade dos anos 1990, a criação do Piso da Atenção Básica, que passa a estabelecer um *per capita* fixo por habitante destinado, obrigatoriamente, ao financiamento da AB, associado a remunerações adicionais relacionadas ao número de equipes existentes e à cobertura populacional alcançada pela estratégia. Entretanto, como já referido anteriormente, as exigências específicas em termos de qualificação de recursos humanos são também significativas. Daí a iniciativa do MS de introduzir, pela primeira vez, mecanismos de financiamento contínuo para ações de educação no país, a partir da criação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para pessoal de Saúde da Família.

No inicio da implantação, os Polos são financiados com recursos provenientes de empréstimos do Banco Mundial, acessados por meio de concorrências internacionais. Identificando a necessidade de se organizar uma estrutura estável e identificando a disponibilidade de agentes formadores espalhados pelo Estado, a SES trata de organizar esses agentes e de definir compromissos de abrangência regional entre esses agentes e os municípios da região, a fim de participar das concorrências, com base em critérios técnicos que passam a consolidar os vínculos necessários para estruturar, no futuro, o Sistema de Educação Permanente no Estado.

Em São Paulo, são instituídos cinco Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o PSF: Região Metropolitana da Grande São Paulo e Santos, Marília, Ribeirão Preto, Campinas, e Botucatu.

Os compromissos assumidos entre as instituições de ensino e serviços que compõem os Polos incluem ações de curto, médio e longo prazos. Nas ações de curto prazo, são ofertados Cursos Introdutórios para as equipes e cursos de atualização e de aperfeiçoamento. Entre as ações de médio e longo prazo, ressalta-se a implantação de Programas de Educação Permanente, de Cursos de Especialização em Saúde da Família, Residência em Saúde da Família, entre outras formas de pós-graduação para os profissionais de nível superior.

Texto de Irmã Monique, Coordenadora do PSF Santa Marcelina, é bastante esclarecedor:

> *"Os frutos dessa implantação são vários e o mais tangível e interessante para a nossa sociedade foi abrir o mercado para o profissional médico. A primeira residência em Medicina Geral e Comunitária, hoje Medicina de Família e Comunidade, iniciada em 1993, no Hospital Santa Marcelina foi a primeira beneficiada. O interesse de cativar o profissional desde a graduação se tornou necessário e o internato começou a ter estágio obrigatório nas unidades de PSF. Recebemos vários alunos de outras faculdades como a USP, por exemplo. Começaram os fóruns de discussões sobre PSF nos vários municípios do interior como também sobre residência médica na área – Medicina de Família e Comunidade - e sobre o envolvimento na graduação. O seminário mais decisivo acredito ter sido o de Campinas em 2001 onde foi sancionada a importância da nossa especialidade diferenciado-a uma vez por todas da medicina preventiva e social. O movimento da abertura de novas vagas de residências em várias instituições foi desencadeado contando hoje, no município, com vagas na UNISA, UNIFESP, USP, e de vários municípios vizinhos: Jundiaí, Campinas."* (Bourget, 2011).

11. ESTRUTURAÇÃO DE UM SISTEMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A partir de 2003, a CRH/SES passa a coordenar a implantação dessas ações junto aos municípios. A Política da Educação Permanente, definida na Porta-

ria 198, estabelecida a partir de 2004, amplia o escopo e a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos novos Polos. É preciso fazer com que sua implementação não desestruture as relações construídas e estabelecidas entre agentes formadores e serviços, quando da organização dos Polos de Saúde da Família. Assim, uma primeira providência é estabelecer uma forte parceria com o Cosems, a partir da constituição de uma Comissão Bipartite de Avaliação e Acompanhamento dos Polos de Educação Permanente, a fim de pactuar e homogeneizar regras de funcionamento dessas instâncias e garantir a regionalização com cofinanciamento estadual. Assim, são constituídos oito Polos de EP no Estado: Polo Oeste Paulista (regionais de Marília, Assis e Presidente Prudente); Polo Noroeste Paulista (regionais de São José do Rio Preto, Araçatuba e Barretos); Polo Sudoeste Paulista (regionais de Bauru, Botucatu, Registro e Sorocaba); Polo Nordeste Paulista (regionais de Ribeirão Preto, Araraquara e Franca); Polo Leste Paulista (regionais de Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista); Baixada Santista (regional de Santos); Polo Vale do Paraíba (regionais de São José dos Campos e de Taubaté); Polo da Grande São Paulo (regionais de São Paulo, Santo André, Mogi das Cruzes, Franco da Rocha e Osasco).

Três linhas de capacitação são definidas como prioritárias: qualificação para Educação Permanente, por meio da formação de facilitadores de EP, ações de qualificação para gestão e qualificação para atenção básica.

Em termos de organização, os órgãos de deliberação e gestão dos novos Polos de EP passam a ter uma composição mais ampliada que a dos antigos Polos do PSF. Assim, a primeira instância de decisão de Polo é o Colegiado de Gestão, com participação aberta e que conta com representantes dos gestores municipais e estaduais de saúde, das Instituições de ensino envolvidas, de representantes de trabalhadores, de representantes dos diferentes conselhos municipais de saúde e de representantes dos estudantes de saúde. Esse grande Colegiado identifica as principais demandas da região, estabelece as grandes diretrizes e eixos norteadores para a elaboração dos projetos de EP e constitui um Conselho Gestor, com representações desses segmentos. O Conselho Gestor analisa e decide sobre os projetos apresentados pelos municípios, ou por conjunto de municípios e Direção Regional de Saúde. Esses projetos são encaminhados à Comissão Bipartite de Implantação e Acompanhamento dos Polos de EP (SES / Cosems), que valida os projetos dentro das diretrizes estabelecidas.

A portaria 1996 do MS reorganiza a Gestão dos Polos de EP. Institui uma Comissão de Integração Ensino Serviço, que articula a representação dos agentes formadores, do gestor estadual e representações da gestão municipal, para definição de prioridades e acompanhamento da política de EP no estado ou regiões. Institui o mecanismo de repasse Fundo a Fundo, mediante a aprovação do Plano de EP aprovado na Comissão Bipartite, o que permite à gestão bipartite definir a distribuição de recursos de acordo com suas necessidades. Define como espaço prioritário de negociação de ação de EP os Colegiados de Gestão Regional, definidos a partir do Pacto de Gestão Estadual. Como o estado de São Paulo dispõe de 64 Colegiados de Gestão Regional (CGRs), *locus* de negociação das ações referentes à organização dos sistemas locorregionais de saúde, são elaborados 64 Planos de EP, a mais radical descentralização das ações de EP já realizada, potencializando, de forma significativa, a capacidade dos municípios menores de acessar e de desenvolver ações educacionais.

Os CGRs contam, ainda, com Núcleos de Educação Permanente, espécie de câmara técnica local de EP, bem como com o apoio dos Centros de Desenvolvimento e Qualificação dos SUS – CDQs / SUS existentes em cada DRS, estruturas dedicadas exclusivamente às ações de desenvolvimento e humanização nos Departamentos Regionais de Saúde.

Em São Paulo, optou-se por constituir cinco Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), que funcionam como apoio técnico aos DRS e Colegiados, mantendo-se a lógica de articulação das macrorregiões de saúde: CIES Grande São Paulo; CIES Oeste Paulista; CIES Leste Paulista; CIES Noroeste Paulista; e CIES Nordeste Paulista.

São alguns resultados da estruturação desse sistema de EP, nos últimos três anos: diversificação dos processos e metodologias educacionais; 18 cursos de especialização em gestão de saúde, com a formação

de 700 gestores locais, regionais e do nível central da SES e dos municípios; Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Redes, que formou 650 gestores; Curso de Qualificação de Gestores, desenvolvido em parceria com a ENSP, que qualificou cerca de 1.200 gerentes municipais nos princípios básicos do SUS; formação básica de 5.000 Agentes Comunitários de Saúde; Mestrado Profissional em Gestão em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 60 mestres; apoio institucional de oito importantes agentes formadores em gestão pública de saúde no apoio às ações dos DRS na constituição de redes locorregionais e aos colegiados de gestão regional; formação de 1.000 especialistas em Saúde da Família, por meio da Universidade Aberta do SUS, desenvolvida pela Unifesp. No total, são desenvolvidas cerca de 600 ações educativas, desde a formação de técnicos, graduação, formação de especialistas, cursos curtos e ações de EP, alcançando aproximadamente 70.000 trabalhadores.

Ainda, considera-se, cabe referência a uma importante ferramenta para processos educacionais dos trabalhadores do SUS: Educação à distância – EAD. A EAD caracteriza-se por permitir interação e troca de experiências entre alunos e professores e entre alunos localizados em ambientes geograficamente distintos, sem a necessidade de realização simultânea no tempo. A superação da distância entre esses atores é possível pela utilização de **tecnologias de informação e comunicação**; elas representam um grande auxílio na tarefa de **formação permanente** de profissionais distantes geograficamente.

No caso de São Paulo, diversas alternativas já vêm sendo testadas em relação às diferentes tecnologias possíveis para a implementação de ações de EAD. A SES já conta com uma rede de salas de videoconferência instaladas em todas as DRS, com um estúdio montado no Cefor de São Paulo, o que vem possibilitando a realização de diferentes ações de capacitação, principalmente aquelas voltadas para atualizações de condutas em agravos epidêmicos, bem como para a disseminação de linhas de conduta para a atenção básica. Parte dos conteúdos do Curso de Especialização em Gestão Pública de Saúde já é desenvolvida em ambiente virtual (o Módulo I do Curso – Programa de Desenvolvimento Gerencial, realizado pela Fundap). Também os cursos desenvolvidos em parceria com o Hospital Sírio-Libanês – Especialização em Gestão da Clínica para Redes de Saúde têm forte componente de educação à distância. O Curso de Qualificação de Gestores para o SUS desenvolvido em parceria com a ENSP é inteiramente realizado dessa forma, assim como o Curso de Especialização em Saúde da Família, realizado pela Unifesp, por meio da Universidade Aberta do SUS. Todas essas ações estão diretamente relacionadas à qualificação de profissionais de saúde para a atenção básica. A imersão da EAD dentro do sistema de EP para o SUS no estado de São Paulo representa uma gigantesca possibilidade de expansão do acesso a processos educacionais. O grande desafio que se coloca se refere à capacidade de articular as diferentes tecnologias e estratégias educacionais existentes, assim como promover um alinhamento conceitual mínimo entre os diferentes agentes formadores e os serviços demandantes, de forma a potencializar as ações existentes.

12. OUTRAS INICIATIVAS DE CAPACITAÇÃO PARA A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Em relação à necessidade de construir competência técnica na gestão de recursos humanos, é importante recuperar o esforço da SES com a realização do Curso de Atualização e Desenvolvimento de Recursos Humanos – Cadrhu, do qual participaram cerca de 200 técnicos. Foram desenvolvidas seis turmas em parceria com instituições acadêmicas, com um total de 240 alunos. Também em relação à preparação de RH para a ABS, cabe referir: o Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde – GERUS, instrumento de capacitação igualmente desenvolvido no esforço de cooperação técnica entre o MS e a OPS, com metodologia específica, aplicado em São Paulo por meio de dezenas de cursos e centenas de gerentes formados, esforço esse iniciado no município de Campinas, na segunda metade da década de 1990; a Especialização em Equipes Gestoras de Serviços e Sistemas de Saúde, cursada por 11 turmas e

385 alunos; e a Especialização em Gestão de Serviços de Saúde, cursada por sete turmas e 245 alunos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, encontra-se parte de uma história. Aqui, uma contribuição para o resgate histórico dos processos de formação no trabalho e para o trabalho na ABS em São Paulo. Muitos outros capítulos podem ser escritos, ou melhor, muitas coisas aconteceram e acontecem no Estado em relação à ABS, as quais merecem ser escritas pela importância nessa travessia para a situação atual, norteada pelo compromisso com a saúde da população e com a cidadania dos trabalhadores. Em muitos outros lugares do Estado, muitos outros autores gostariam de manifestar-se. Se, hoje, avançamos em concepção e prática de atenção à saúde menos excludente, de processos de ensino-aprendizagem mais inclusivos, é porque houve o antes e, certamente, haverá o depois. No presente texto, identificam-se "vazios" nos quais precisamos colocar as respectivas pontes. Muito pouco foi referido aqui, por exemplo, sobre as iniciativas de transformação da graduação das diferentes profissões de saúde e do direcionamento dessa formação para a inserção do profissional no sistema de saúde – as experiências provenientes dos CSEs, Projetos de Integração Docente Assistencial, projetos UNI e, depois, rede UNIDA, movimento esse que acarretou a elaboração das diretrizes curriculares para os cursos de saúde assumidas pelo MEC em 2002 e que foram a base dos novos projetos nacionais, com impacto em São Paulo, como o Promed e o PRÓ-SAÚDE, bem como os desafios referentes à Residência Médica e à Residência Multiprofissional. Tampouco se detalhou o esforço dos Cefor para a formação de pessoal de nível técnico e as dificuldades nesse caminho.

Entretanto, vale considerar que, ao longo da trajetória aqui descrita, dois agentes sempre estiveram intencionalmente presentes: a SES/SP e o Cosems. A articulação entre esses agentes foi capaz de coordenar e estimular, nem sempre com a intensidade desejada, um conjunto de ações de qualificação e de desenvolvimento de seus trabalhadores como forma de sustentação das políticas. Entretanto, com a evolução das ações de integração do sistema que se consolida com a implantação do SUS, esse conjunto de ações vai ganhando corpo não apenas em termos de volume ou intensidade, mas vai ganhando corpo em termos de uma política que precisa ser pactuada entre diferentes agentes, com graus distintos de responsabilidade e de capacidade de resposta. Trata-se de desenvolver, ao mesmo tempo, novas metodologias e estratégias de ensino que sejam mais efetivas e mais eficazes para a melhoria dos processos de trabalho desenvolvidos em cada canto deste Estado; de preparar e desenvolver os diferentes agentes para a implementação dessas metodologias. Trata-se não apenas de desenvolver alguns projetos de capacitação para alguns programas mais ou menos importantes, mais ou menos estratégicos, mas de organizar, estruturar e manter em funcionamento um verdadeiro sistema de educação permanente capaz de dar suporte e sustentação e esse conjunto gigantesco de ações que se desenvolve cotidianamente no sentido de promover a atenção à saúde neste Estado. O grande desafio para o sistema de EP, neste momento, no Estado, talvez seja como sustentar esse processo de descentralização e de ampliação de oferta, garantindo, ao mesmo tempo, qualificação dos processos educacionais e impacto nas ações e serviços de saúde.

O sucesso desse desafio dependerá daquilo que está expresso na história relatada de tantos agentes envolvidos nesse grandioso movimento: na generosidade, na entrega, na capacidade de superar diferenças e de construir novas e fortes parcerias. Enfim, na capacidade dos gestores do SUS de desenvolverem, em conjunto com os diferentes agentes formadores e a comunidade, um sistema organizado e estruturado que entenda a educação em saúde como um bem fundamental que precisa ser produzido e distribuído equanimemente a profissionais e à população de forma permanente, para qualificação da atenção básica e do conjunto da atenção à saúde no estado de São Paulo, conforme os preceitos constitucionais.

Assim, este também pode ser um começo de uma longa e importante jornada, em que outros sujeitos se manifestem e contribuam para documentar, para resgatar e atualizar essa importante história dos trabalhadores na organização da ABS no Estado de São Paulo. Afinal, tudo começa com o compromisso... E,

quem sabe, poderíamos nos comprometer com essa travessia.

"... toda ação principia mesmo

é por uma palavra dada."

(Guimarães Rosa: Grande Sertão: Veredas)

REFERÊNCIAS

Abramo ZW. Histórias do Dr. Leser. In: Bonfim JRA, Bastos S (org.). Walter Sidney Pereira Leser: das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Hucitec; 2009. P. 355-7.

Bourget M. Um breve histórico sobre a Medicina de Família em São Paulo. Disponível em www.apmfc.org.br/public/home/historico.aspx. Acesso em EM 8 de maio de 2011.

Brasil. Acordo Interministerial. Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Previdência e Assistência Social e Organização Panamericana de Saúde. Projeto de formação em larga escala de nível médio e elementar: do processo de aprender ao de ensinar. Brasília, DF; 1982.

Brasil. Decreto 78.307, de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 25 de agosto de 1976.

Brasil. Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 9 de junho de 1987.

Brasil. Ministério da Saúde. Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1982.

Brasil. Ministério da Saúde. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – Cadrhu. Natal: EDUFRN; 1999.

Brasil. Programa de interiorização de ações de saúde e saneamento do Nordeste. Brasília; 1976. (Mimeografado).

Cyrino AP, Magaldi C (org.). Saúde e comunidade: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva. Botucatu: Cultura Acadêmica; 2002. 243 p.

Dellatorre MCC. Saúde no Vale do Ribeira. São Paulo; 1982. (Mimeografado).

Hollanda HH. Proposta de inovações no processo de capacitação de auxiliares de saúde. Brasília: Consultoria ao Banco Mundial; 1979. (Mimeografado).

Mascarenhas RS. Historia da Saúde Pública no Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública 1973; 7(4).

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec / ABRASCO; 1994.

Mota A, Marinho MGSMC (org.). Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces. São Paulo: Editora Pulsar / Museu Histórico da FMUSP; 2011. (Coleção Medicina, Saúde e História).

Nemes MIB. Ação Programática em Saúde: recuperação de um política de programação. In: Schraiber LB (org.). Programação em saúde, hoje. São Paulo, Hucitec; 1990.

Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (org.). Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996.

OPAS / OMS. Representação no Brasil. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPAS; 1997.

Paim JS. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Cad Saúde Pública 1986; 2(2):167-83.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Consultório Médico de Família. São Paulo, SP: SUDS/SP; s/d.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Saúde no Estado de São Paulo: Compromisso com o Cidadão – 1995-2002. São Paulo: SES/SP; 2002.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. O Programa Metropolitano de Saúde – PMS. São Paulo: SES/SP; s/d.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Programa Saúde da Família. Implantação e desenvolvimento PSF / QUALIS. São Paulo: SES/SP; 1999.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Projeto de expansão de serviços básicos de saúde e saneamento em área rural do Vale do Ribeira. São Paulo: SES/SP; 1981. (Mimeografado).

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Manual de Treinamento Introdutório do Programa Saúde da Família, São Paulo: SES/SP; 2004.

Seixas PHD'A (org.). Perfil de profissionais do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo – 1996-2005. São Paulo: Observatório RH/SP; 2006.

Silva JA, Mendes-Gonçalves RB, Goldbaum M. Atenção Primária de Saúde: avaliação da experiência do Vale do Ribeira. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986. 173 p. (Série Estudos e Projetos, Volume 2).

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Silva JA. Estratégias de qualificação e inserção de trabalhadores de nível médio na área da saúde. In: Barjas N, Faria R, Viana ALA (org.). Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, SP: Unicamp; 2002.

Vilanova MC, Viana SK, Patucci RMJ. Avaliação dos PAR: postos de atendimento rural – integrantes do projeto de expansão dos serviços básicos de saúde e saneamento em área rural do Vale do Ribeira. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo / Escritório Regional de Saúde – Ersa 49; 1992. (Mimeografado).