



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

MARCUS VINICIUS SILVA MENEZES

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE
JEQUIÉ-BA: UMA AGENDA A SER CONSTRUÍDA

FEIRA DE SANTANA

2006

MARCUS VINICIUS SILVA MENEZES

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE
JEQUIÉ-BA: UMA AGENDA A SER CONSTRUÍDA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – Políticas, Planejamento, Gestão em Saúde.

LINHA DE PESQUISA – Estudo de Políticas, Programas e Práticas de Saúde.

Orientadora: *Prof.^a Dr.^a Marluce Maria Araújo Assis*

FEIRA DE SANTANA

2006

Menezes, Marcus Vinícius Silva
M512o Organização da atenção básica à saúde de Jequié-BA:
uma agenda a ser concluída / Marcus Vinícius Silva
Menezes. – Feira de Santana, BA, 2007.

118f.

Orientadora: Profª Dra. Marluce Maria Araújo Assis

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual
de Feira de Santana, 2006.

1. Atenção Básica à Saúde – Jequié, BA 2. Sistema Único de
Saúde. I. Assis, Marluce Maria Araújo. II. Universidade Estadual
de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614(814.22)

MARCUS VINICIUS SILVA MENEZES

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE JEQUIÉ-BA:
UMA AGENDA A SER CONCLUÍDA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana-BA, 20 de Dezembro de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marluce Maria Araújo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Prof.^a Dr.^a Carmen Fontes Teixeira
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.^a Dr.^a Maria José Bistafa Pereira
Universidade de São Paulo - USP

DEDICATÓRIA

“Nas asas do vento vivo a flutuar, posso ver o mundo de qualquer lugar. Do ponto onde sento sempre a perscrutar, posso estar tranqüila sem me afobar. Quando eu caminhava com os próprios pés e me limitava por qualquer revés. Hoje flutuando ao sabor de Deus, graças vou alcançando vivo os sonhos meus. Assim eu prefiro não mais me afobar, em prece sugiro, vivo a suspirar. Sem raiar do dia vai anoitecer, tendo Deus por guia não há o que temer”.

Cleuza da Silva Menezes (minha mãe)

Este trabalho é dedicado à memória de minha mãe – **Cleuza** – Amante da poesia, da música e da arte. Era a minha maior torcedora. Ainda que já não estivesse viva quando iniciei as atividades do mestrado, a lembrança de seus afetos, a saudade constante, e a recordação de sua luta cotidiana pela vida, ajudaram-me a manter sempre aceso o farol da esperança.

AGRADECIMENTOS

"Se não houver frutos, valeu a beleza das flores. Se não houver flores, valeu a sombra das folhas. Se não houver folhas, valeu a intenção das sementes."

Henfil

Concordando com Henfil, eu gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente com a construção deste trabalho, e, mesmo correndo o risco de esquecer alguém que fez parte desta caminhada, gostaria de destacar algumas pessoas que não me deixaram sozinho.

À minha **família**, meus irmãos **Jéferson** e **Cássia** e meu pai **Roque** que, mesmo algumas vezes distantes, sempre torceram junto comigo.

A toda a **turma** do mestrado que acompanhou e contribuiu para minha formação. Foram muitos os conflitos, porém permanece a certeza de que as diferenças não fazem diferença quando nos abrimos para uma convivência.

Às colegas **Ana Claudia**, **Vilara** e **Mariluce**, pelo carinho, atenção, disponibilidade e solidariedade que sempre se fizeram presentes.

À Prof.^a Dr.^a **Maria Angela Alves do Nascimento**, por tudo que representa para todos nós. Não foram poucos os momentos que demonstrou o quanto possui de sensibilidade social, conhecimento e sabedoria.

À Prof.^a Dr.^a **Creuza Maria Brito Queiroz**, pelos momentos de partilha.

À Prof.^a Ms. **Erenilde**, pela experiência no estágio docente.

Aos colegas **Márcio**, **Washington**, **João Rocha**, **Juliana** e **Antonia**, pelo acolhimento e pela partilha do tempo na hora do almoço.

Ao companheiro **Charles**, pelo incentivo e motivação. Que Deus ilumine sua jornada também.

A todos os bolsistas do NUPISC, em especial para **Tairone, Gabriella, Danilo e Chaider**, que gastaram um pouco do tempo que dispunham, contribuindo na coleta dos dados.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Jequié-BA**, por ter permitido o acesso às fontes documentais que viabilizaram a produção do trabalho.

Às enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde **Adriana Galdino, Luciene e Patrícia** que me dispensaram toda a atenção na garantia da disponibilidade dos documentos.

Aos colegas de trabalho que, possibilitando minha presença nas aulas, viabilizaram uma escala flexível e adequada à conciliação do tempo. Em especial quero agradecer a **Leandro, Diba e Joilson** por terem tolerado minhas restrições.

À Prof^a **Vanda**, ex-aluna, que deixou marcas no mestrado. Obrigado pela revisão do meu projeto e pela disponibilidade do material teórico.

Ao grande amigo e colega **Gilmar**, pela assessoria de informática.

Aos amigos **Roque, Raquel e Rita**, por terem irradiado em minha direção a confiança e o otimismo que sempre estiveram presentes em suas vidas.

Aos **professores do mestrado**, pelos momentos de discussão e aprendizagem.

À **Secretaria do Mestrado**, pelo apoio institucional

Ao **Departamento de Saúde da UEFs**, pelo apoio material.

Às **professoras** da banca examinadora:

Maria José Bistafa Pereira, que se deslocou de tão longe para contribuir com nossa construção, dividindo humildemente conosco sua sabedoria, suas práticas e seu enorme carinho.

Carmen Fontes Teixeira, pela atenção, disponibilidade e competência. Que essas qualidades sempre caminhem contigo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **Deus**, pelo nascimento da minha filha **Samira** que abrilhantou minha vida e acalentou minha caminhada.

À minha esposa **Milena**, pelo amor, carinho e por tantas renúncias as quais teve que passar nesse longo percurso de dois anos, partilhando minhas frustrações, meu cansaço, minhas noites perdidas e minhas alegrias. Muito obrigado pelo apoio e pelas contribuições.

Ao grande amigo e colega **Jair Magalhães**, que através de sua assessoria especial, incentivo e solidariedade possibilitou meu acesso no processo seletivo do mestrado da UEFS.

À Prof.^a Dr.^a **Marluce Maria Araújo Assis**, pela tolerância, paciência, incentivo e, sobretudo, por apostar na concretização do meu trabalho. Nossos diálogos constantes e discussões acaloradas oxigenaram minha esperança na viabilidade do SUS. Foram dois anos que contamos com o seu apoio na causa da melhoria do mestrado e na defesa dos discentes. Por tudo isso, muito obrigado.

RESUMO

Estudo que pretende refletir sobre a estratégia de organização da atenção básica à saúde adotada no município de Jequié-BA, no período de 1998 a 2006, tomando-se a oferta de serviços, a capacidade instalada, a política de recursos humanos e o fluxo de atendimento como eixos de análise. Tem por objetivos específicos: descrever a capacidade instalada da atenção básica a saúde, analisar os serviços ofertados pela rede de atenção básica à saúde (consultas médicas por especialidade básica¹, consultas de enfermagem, procedimentos médicos, odontológicos e de enfermagem), avaliar a política de Recursos Humanos para o SUS na rede básica de saúde local e discutir o fluxo de atendimento da rede de atenção à saúde do município supracitado. Trata-se de um estudo documental que utilizou dados quantitativos, através de informações tabuladas no DATASUS e dados qualitativos, conforme análise dos documentos que tratam da organização dos serviços da SMS de Jequié-BA. O estudo revela que, apesar de o processo de municipalização ter possibilitado a ampliação da rede básica de serviços do referido município, ainda persistem obstáculos para a expansão da estratégia de saúde da família enquanto política de reorganização da atenção básica. Há um predomínio de estabelecimentos de saúde que ofertam serviços de atenção primária seletiva, que representaram, em 2005, aproximadamente 40% do total de unidades existentes na rede. A oferta de consultas médicas no município de Jequié-BA teve uma retração considerável, ao contrário das consultas de enfermagem que tiveram um incremento significativo entre 1998 e 2005, de modo que essa situação sugere uma demanda reprimida para as consultas médicas nesse período. A melhoria das relações de vínculo trabalhista entre os profissionais de saúde não foi aprofundada pela instituição de um Plano de Cargos Carreira e Salários (PCCS), apontando um cenário pouco atrativo para o desenvolvimento na carreira por esses profissionais. A qualificação para o trabalho teve maior intensidade nos anos 2000, 2001 e 2002, correspondendo à implementação da gestão plena da atenção básica e da gestão plena do sistema municipal, enquanto que os anos seguintes foram marcados pela redução das atividades de formação dos recursos humanos não obstante as demandas crescentes por conhecimentos relativos à implantação de programas e práticas assistenciais no âmbito municipal. A organização do fluxo de atendimento foi marcada por dois momentos: o primeiro momento aponta uma rede fragmentada, com um fluxo de atendimento em uma única direção, e no segundo visualizou-se uma aproximação do sistema com a rede integrada, apresentando uma dinâmica de referência e contra-referência. Esse cenário, entretanto, não foi suficiente para alterar o quadro de segmentação do sistema de saúde, embora se apresente como esforço da gestão municipal em direção a constituição de um complexo regulatório, definido como conjunto de estabelecimentos de saúde que se articula em caráter complementar na oferta de atenção ao projeto terapêutico dos usuários.

Palavras-Chave: rede de atenção básica, oferta de serviços de saúde, recursos humanos em saúde, capacidade instalada e fluxo de atendimento.

¹ São consideradas especialidades básicas, neste estudo, as consultas nas áreas de saúde da criança, mulher e adulto.

ABSTRACT

Study that considers the strategy of organization of the basic attention to health accepted in the city of Jequié-BA, in the period of 1998 -2006, taking the offer of services, the capacity installed, the politics of human resources and the flow of treatment like axis of analysis. It has for specific objectives: to characterize the public net of establishments of basic attention to the health, to describe the production of the services offered for the basic attention to the health (medical appointments for basic specialty, appointments of nursing, medical, nursing and odontologic procedures), indicate the politics of Human Resources to SUS in the basic net of local health and to argue the flow of treatment of the net of attention to the health of the city reported. It is about a documentary study that it used quantitative data, through information tabulated in the DATASUS and qualitative data, as the analysis of document that treat of organization of services of the SMS of Jequié-BA. The study show that although of the municipalization process having allowed the amplification of the basic net of services of the city reported, still persist obstacles for the expansion of the strategy of health of family as while politics of reorganization of the basic attention. There is a predominance of health establishments that offer services of selective primary attention, that represented in 2005 approximately 40% of the total of existing units in the net. The offer of medical appointments in the city of Jequié (BA) had a considerable retraction in contrast of the nursing appointments that had a significant increment enter 1998 to 2005, being that this situation suggests a restrained demand for the medical appointments in this period. The improvement of the relations of working bond among the health professionals, was not gone deep for the institution of a Plan of Functions Career and Salaries (PCCS), pointing a little attractive scene to the development in the career for these professionals. The qualification for the work had greater intensity in years 2000, 2001 and 2002, corresponding the implementation of the complete administration of the municipal system, while that the years subsequent were marked for the reduction of the activities of formation of the human resources in spite of the crescent lawsuits for knowledge relative to the implantation of programs and practical attendance in the city ambit. The organization of the attendance flow was marked by two moments that pointed initially a net broken up with a flow of attendance in a only direction and in second moment visualized an approach of the system with the integrated net, presenting a dynamics of reference and against-reference. This scene, however, was not enough to modify the picture of segmentation of the health system, even so if presents as effort of the municipal administration in direction the constitution of a regulatoric complex, defined as whole of health establishments that articulate in complementary character in the offer of attention to the therapeutic project of the users

Keywords: net of basic attention, offers of services of health, human resources in health, installed capacity and flow of attendance.

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
AMS	Pesquisa de Assistência Médico Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CERAJE	Centro de Regulação da Assistência de Jequié
CEREST	Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador
CSJ	Centro de Saúde de Jequié
DATASUS	Departamento de Assistência Técnica do SUS
DEGERTS	Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Educação da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAPESB	Fundação de Apoio à Pesquisa da Bahia
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOAS	Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde
NUPRFJ	Núcleo de Prevenção e Reabilitação Física de Jequié
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PROMED	Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios
SES	Secretarias Estaduais de Saúde

SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USF	Unidade de Saúde da Família
TDF	Tratamento Fora do Domicílio

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Oferta de Serviços da rede básica de Jequié, 2000-2006

72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma de organização das informações a partir das fontes de dados qualitativos e quantitativos	57
Figura 2: Fluxograma de referência para atendimento especializado em Jequié no ano 2000.	96
Figura 3: Fluxograma de referência para atendimento especializado em Jequié no ano 2001.	97
Figura 4: Fluxograma de referência para atendimento especializado em Jequié no ano 2002.	99
Figura 5: Fluxograma de referência para atendimento especializado em Jequié no ano 2005.	100

LISTA DE MAPAS

Mapa I: Delimitação das Microrregiões de Saúde da Bahia, segundo PDR 2005	52
Mapa II: Delimitação das Microrregiões da Macrorregião Sul da Bahia, conforme PDR 2005	52
Mapa III: Delimitação dos municípios da Microrregião de Jequié(BA)	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Ciclo de Expansão da rede básica de serviços de saúde ao longo do século XX	44
Quadro 2: Síntese da análise documental dos Planos de Saúde da SMS de Jequié(BA), em relação à oferta de serviços, capacidade instalada, política de recursos humanos e organização do fluxo de atendimento	58
Quadro 3: Síntese da análise documental dos relatórios de gestão da SMS de Jequié(BA), em relação à oferta de serviços, capacidade instalada, política de recursos humanos e organização do fluxo de atendimento	59
Quadro 4: Síntese horizontal dos Planos Municipais de Saúde referentes a oferta de serviços na atenção básica	70
Quadro 5: Síntese horizontal dos relatórios de gestão referente a Oferta de Serviços na Atenção Básica	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de Equipes e Cobertura Populacional do PSF em Jequié-BA (2000-2005)	63
Tabela 2: Rede de Atendimento Básico à Saúde em Jequié-BA (1998-2003)	65
Tabela 3: Distribuição e Comparação das Unidades de Atenção Básica à Saúde da Macrorregião Sul com o Município de Jequié-BA (1998-2005)	67
Tabela 4: Percentual de Consultas por Especialidade Médica em relação ao total de Consultas realizadas na rede básica pública em Jequié-BA (2000-2005)	74
Tabela 5: Distribuição de consulta básicas por médicos e enfermeiros (2000-2005)	76
Tabela 6: Oferta de Serviços de nível médio da rede básica de Jequié-BA (1998-2005)	78
Tabela 7: Oferta de Serviços Odontológicos Realizados em Jequié-BA (2000-2005)	80
Tabela 8: Distribuição por Categoria/Cargo e Vínculo dos trabalhadores de Saúde que atuam na atenção à saúde da rede pública municipal nos anos 2000 e 2005.	84
Tabela 9: Distribuição e Vínculo profissional de trabalhadores da administração direta e indireta da SMS de Jequié-BA, 2000/2004.	88
Tabela 10: Atividades de formação e de desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (RHS) da SMS de Jequié(BA), no período de 2000-2005	91

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	20
2. OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
3.1 FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E TEÓRICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
3.2 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COMO ORGANIZAÇÃO SELETIVA DE PRÁTICAS DE SAÚDE	30
3.3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO PELA “PORTA DE ENTRADA”	32
3.4 A ATENÇÃO BÁSICA COMO INSTRUMENTO DE ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	36
3.5 O IMPASSE DA OFERTA DE SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	38
3.6 O IMPASSE DA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DA ABS E A CONSTRUÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA	42
3.7 O IMPASSE DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS	44
4. METODOLOGIA	50
4.1 TIPO DE ESTUDO	50
4.2 CAMPO DE ESTUDO	50
4.3 FONTE DE COLETA DE DADOS	54
4.4 COLETA DE DADOS	55
4.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DO MATERIAL COLETADO	56
4.6 QUESTÕES ÉTICAS	60

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	61
5.1 CAPACIDADE INSTALADA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM JEQUIÉ-BA: AMPLIAÇÃO DA REDE NO PERÍODO DE 1998 A 2005	62
5.2 A OFERTA DE SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE JEQUIÉ-BA	69
5.3 POLÍTICA DE “RECURSOS HUMANOS” PARA O SUS NA REDE DE SERVIÇOS SAÚDE DE JEQUIÉ-BA	83
5.4 A ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO DA REDE DE SERVIÇOS DE JEQUIÉ-BA	92
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES	115

1 INTRODUÇÃO

Os estudos que utilizam a atenção básica como eixo de investigação (ASSIS et al, 1996; MERHY, 1997; CAMPOS, 2003; GIOVANELLA; ESCOREL e MENDONÇA, 2003; RODRIGUES, 2004; SILVA, 2004, entre outros), procuram debater e aprimorar os conhecimentos relativos ao modelo de atenção hegemônico no Brasil, questionando seus pressupostos e apontando caminhos que orientem a reorganização da atenção à saúde, tendo em vista a ampliação do acesso e a resolubilidade dos serviços, o que pressupõe a existência de desafios a serem superados pelo sistema público de saúde, com a efetivação dos princípios² que orientam suas práticas.

A rede básica de saúde constitui um espaço de discussão e elaboração de estratégias de atenção à saúde que foi impulsionado a partir da década de 80, quando, de modo efetivo, esta forma de intervenção começou a exercer um papel fundamental na articulação das práticas (individual e coletiva) e na construção de uma nova lógica de produção dos serviços, fundamentada na ampliação do acesso aos usuários e na tentativa de melhorar a qualidade das ações ofertadas, ainda que tais finalidades não tenham sido concretizadas no interior das experiências que são vivenciadas nos espaços de gestão local dos serviços de saúde (MERHY, 1997).

Neste contexto, o debate sobre a organização dos serviços localizados no nível mais próximo dos usuários recoloca a atenção básica como tema relevante que acumula um conjunto de questões a serem respondidas, sobretudo quando se evidencia a escassez de produção acadêmica sobre o assunto.

No Brasil, os estudos recentes que tomam a atenção básica como objeto de estudo têm sua origem nos núcleos de pesquisas em saúde coletiva, em diferentes instituições de ensino superior, a exemplo da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), onde se destacam os estudos de Bodstein (2002) e Giovanella, Escorel e Mendonça (2003); da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), através das investigações de Merhy (1997), Cecílio (1997) e Franco, Bueno e Merhy (2003); e da

² Os princípios que orientam o sistema de saúde brasileiro foram regulamentados com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 e referem-se a um conjunto de recomendações ético-políticas que devem fundamentar a execução das ações de saúde. A **universalidade** é definida como a garantia de acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). A **integralidade** significa que a atenção à saúde deve ser capaz de incorporar a totalidade das necessidades dos usuários o que implica reconhecimento da articulação entre a macro e a micropolítica na organização dos serviços de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2003). A **equidade** é entendida como igualdade nas condições de acesso sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. (BRASIL, 1990).

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), entre outras instituições, de modo que esta, além de apresentar as investigações de Assis, Villa e Nascimento (2003), Gonçalves (2005), Santos (2005), Santana Júnior (2004) e Rodrigues (2005), possui, atualmente, um projeto de pesquisa, apoiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa da Bahia (FAPESB), que trata da organização dos serviços de Atenção Básica no processo de descentralização da Bahia, no período de 1998 a 2005, realizado pelo Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), o qual tem possibilitado o desenvolvimento da presente investigação.

Para Merhy (1997), a rede básica de saúde deve ser compreendida como terreno de construção de uma nova abordagem nas formas de produção de serviços de saúde, constituindo-se como “porta de entrada” ao sistema de saúde que redefine não apenas o lugar deste nível na organização da atenção, mas também o espaço conferido aos demais níveis de complexidade tecnológica (média e alta).

Cecílio (1997) traz uma outra discussão sobre o papel da atenção básica como “porta de entrada”, apresentando argumentos que apontam que o acesso dos usuários ao sistema de saúde poderia ocorrer a partir de diversos espaços. O autor apresenta o hospital como espaço que tem sido a principal forma de acesso dos usuários, sobretudo através de seus serviços de urgência/emergência, ainda que a procura por tais serviços seja motivada pelo atendimento às demandas passíveis de serem resolvidas em nível das unidades básicas de saúde.

De acordo com Campos (2003), o interesse pela atenção básica, enquanto espaço de intervenção, está relacionado com a capacidade que este campo de atenção possui em responder por 80% dos problemas de saúde da população, considerando a existência de um modelo hierarquizado de atenção.

A definição da atenção básica como eixo de organização dos serviços apareceu, inicialmente, como estratégia defendida, principalmente, no interior do movimento sanitário, mas foi incorporada pelos formuladores de políticas em função do caráter racionalizador que este modelo apresentava, sob a ótica dos interesses conservadores, tendo como pano de fundo a defesa de políticas focalizadas para a área de saúde (MERHY, 1997).

Nesse sentido, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com o advento da Constituição de 1988, ao definir a saúde como resultado das condições de vida ampliou o debate sobre a transformação do modelo de saúde vigente, estabelecendo a descentralização como uma das diretrizes centrais de reformulação do sistema, viabilizando a proposta da atenção básica como estratégia reorientadora das ações de saúde.

A descentralização da saúde tem sido apontada como uma estratégia política que impõe mudanças no modelo de atenção e nas relações de poder entre as esferas de governo –

União, Estados e Municípios. (ASSIS, 1998 e MENDES, 1998). Assim, um elenco de responsabilidades sobre as ações de saúde, antes concentradas no nível federal, foi sendo transferido para os estados e, principalmente, para os municípios.

A importância atribuída à descentralização, enquanto estratégia de organização do sistema de saúde ocorre no mesmo espaço de discussão que destaca a rede básica de serviços como campo de intervenção, tendo em vista a garantia da promoção, prevenção e proteção da saúde, cujos critérios foram definidos com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, que regulamenta o SUS.

Com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB's), a preocupação dos formuladores de políticas se orienta em direção à operacionalidade do sistema de saúde, que depende de um conjunto de recomendações específicas para viabilizar o desempenho das ações definidas pela Lei 8080/90 (BRASIL, 1996).

A NOB 96 decorre desta necessidade e apresenta as bases para a composição de um novo modelo de atenção, fundamentado na concretização do direito à saúde e estabelecido na perspectiva de garantir a efetividade das ações tendo em vista a qualidade gerencial. Para tanto, o Ministério da Saúde estabeleceu fatores de incentivos destinados às ações básicas, como o Piso de Atenção Básica (PAB)³ fixo e variável, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF), entre outros (BRASIL, 1996).

A aprovação da Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, teve como escopo a instituição de mecanismos que pudessem normatizar a ampliação do acesso ao sistema de saúde, elegendo a atenção básica, a regionalização da oferta e a organização dos serviços como eixos programáticos. Estes elementos visavam o alcance da melhoria da qualidade e o fortalecimento da capacidade da gestão dos Estados e Municípios (BRASIL, 2002a).

Nesse contexto, o movimento desencadeado pela implementação da NOAS procura diminuir as desigualdades no uso do sistema de saúde, cujos serviços disponíveis à população refletem a estratificação da sociedade brasileira, onde os indivíduos que procuram atendimento às suas necessidades possuem chances diferenciadas de realizarem a satisfação dos seus interesses.

³ **Piso de Atenção Básica** consiste em um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de ações básicas de saúde, de responsabilidade do gestor municipal e transferida pela União. A **parte fixa do PAB** é definida pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município. O **PAB variável** refere-se a um acréscimo de recursos destinados às ações básicas na medida em que os municípios forem implantando programas específicos recomendados pelo Ministério da Saúde. Atualmente, o valor do PAB fixo varia entre 13,00 a 18,00 reais por habitante/ano.

Uma análise mais detalhada (CARVALHO, 2001; BUENO e MERHY, 2005) sobre a edição das NOB, enquanto dispositivos reguladores do sistema de saúde, revela a fragilidade destes instrumentos diante dos obstáculos que impedem a organização dos serviços em consonância com as necessidades da população, traduzida na defesa da vida (individual e coletiva) de seus usuários. Nesta perspectiva, as NOB não passariam de ferramentas burocratizantes que repetem o conteúdo expresso das Leis Orgânicas da Saúde (8080 e 8142) e que não necessitariam de regulamentação. Pelo seu caráter restrito, imprimiriam um pequeno impacto sobre a regulação da oferta de serviços à saúde da população.

Nesse cenário, não obstante os impasses presentes na regulação da Lei 8080/90, o que estava na pauta da reforma do setor saúde era a garantia do acesso pleno ao sistema, através da cobertura universal e do estabelecimento de ações integrais que considerassem todas as necessidades do indivíduo, ou seja, a prioridade era induzir a ampliação da oferta, através de incentivos financeiros e apoio técnico oriundos do nível nacional.

No tocante a oferta de serviços, convém salientar a análise de Travassos (1999), para quem esse mecanismo de acesso ao sistema está relacionado à disponibilidade, o tipo e a quantidade de recursos destinados à saúde.

No campo da atenção básica, na qual a oferta é regulada pela demanda (PINHEIRO e MATOS, 2003), a disponibilidade de serviços destinados à população é caracterizada por um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, estruturados em três eixos programáticos: Atenção à Saúde, Vigilância à Saúde e Assistência Farmacêutica (BAHIA, 2004).

Apesar da importância atribuída a Vigilância à Saúde e a Assistência Farmacêutica como componentes estruturantes do sistema de atendimento da rede, o que se deseja enfatizar é a organização da atenção à saúde, cujos serviços são estratégicos para concretizar os princípios do SUS.

No Brasil, a organização da oferta de serviços de saúde obedece a um desenho institucional que caracteriza tais serviços em públicos e privados (ELIAS, 1996), no entanto, o setor privado, ainda que tivesse sido integrado ao SUS, atuando de forma complementar na atenção aos usuários, não será tratado nesta investigação.

A oferta de serviços e a composição da rede básica de atenção à saúde devem ser compreendidas num contexto nacional, regional e municipal, enquanto desdobramentos de conquistas institucionais defendidas e acumuladas pelo movimento sanitário.

Nesse sentido, o processo de municipalização desencadeado ao longo dos últimos 20 anos tem sido um movimento significativo na reestruturação do poder no âmbito do SUS, com redefinição técnica, política e administrativa de suas ações (ASSIS, 1998).

A diversidade e complexidade com as quais os diferentes municípios vêm assumindo a responsabilidade pela gestão e oferta de serviços, ou seja, pela prestação direta da maior parte dos programas de saúde dirigidos à população, sem a devida contrapartida financeira correspondente pelas ações assumidas, compromete a capacidade de organização da rede de atendimento destes sistemas de saúde (BODSTEIN, 2002).

Nos últimos anos, o campo da saúde coletiva tem produzido uma série de estudos que analisam o impacto da atenção básica no processo de organização dos serviços implementados pelos municípios, considerando-se esse espaço de intervenção como o maior potencial de oferta de ações da saúde à população. A maioria dessas investigações foi identificada, catalogada e analisada por Assis (2007) em sua tese de titular que apresenta a (re)construção do conhecimento sobre a atenção básica à saúde: sujeitos, saberes, práticas e relações.

Contudo, mesmo a par de extensa produção acadêmica sobre o tema, evidencia-se a necessidade de revisão e atualização de conhecimentos referentes à adoção da atenção básica como estratégia de implementação do SUS nos municípios da Bahia, onde os estudos que foram produzidos até o momento ainda são insuficientes.

Diante do exposto, recorta-se como objeto de investigação a organização da atenção básica à saúde de Jequié-BA, no período de 1998 a 2006, tomando como eixos de análise quatro dimensões. A primeira dimensão situa a evolução histórica da rede de estabelecimentos que compõe a atenção básica na esfera pública do município de Jequié-BA. Na segunda dimensão, foram investigados os serviços disponíveis na rede de atenção básica do referido município. Neste caso, considerou-se, para fins de análise, as consultas médicas por especialidade básica (criança, mulher e adulto); consultas de enfermagem e os procedimentos odontológicos e de enfermagem. A terceira dimensão examinou o perfil dos recursos humanos existentes na rede de serviços de Jequié-BA. A quarta dimensão procurou construir um desenho organizacional do fluxo de atendimento no período recortado.

A diversidade e heterogeneidade com as quais se apresentam os diferentes contextos locais de saúde imprimem uma lógica diferenciada na capacidade dos municípios em assumirem com responsabilidade as ações de saúde dos seus munícipes. Este quadro amplia a preocupação com o tema, sobretudo quando a situação dos municípios da Bahia reproduz esta mesma tendência, o que revela a existência de diferentes realidades sanitárias convivendo num mesmo espaço territorial.

Neste caso, a município de Jequié foi escolhido para representar o recorte geográfico do estudo, considerando-se sua capacidade de ilustrar a composição dos serviços de saúde na

Macrorregião Sul do Estado, inserindo-se nesse espaço como pólo comercial e de serviços, apresentando-se, ainda, como referência para encaminhamentos de usuários do SUS, oriundos de diversos municípios da Região do Rio de Contas.

O tema é instigante na medida em que a situação da saúde no Brasil é representada por profundas contradições que atingem diferentes dimensões (econômica, política e técnica) e encontra suas raízes na forma como os serviços de saúde foram se estruturando e se organizando para atender determinada demanda. A insuficiência de recursos para o financiamento das ações, a ineficiência dos serviços prestados e a má qualidade da assistência comprometem o acesso e a integralidade como compromissos que resultam de uma racionalidade do sistema em que a atenção básica se insere de forma estratégica para a construção de um novo fazer em saúde.

Cabe salientar que a oferta de serviços e a composição da rede básica de saúde, a política de recursos humanos e a organização do fluxo de atendimento servem como padrões comparativos e como fontes de informações que poderão ser utilizadas para o planejamento dos serviços e para formulação de políticas de saúde, contribuindo para a redefinição das práticas e reorganização do setor, tendo em vista a promoção de uma verdadeira reengenharia humanizada dos serviços de saúde.

Dessa forma, é necessário enfatizar que o estudo tem como questionamento central: como está organizada a atenção básica à saúde em Jequié-BA, a partir de 1998 até 2006?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a organização da atenção básica à saúde em Jequié-BA, de 1998 a 2006.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a capacidade instalada da atenção básica à saúde.
- Analisar os serviços ofertados pela atenção básica à saúde (consultas médicas por especialidade básica⁴, consultas de enfermagem, procedimentos médicos, odontológicos e de enfermagem).
- Avaliar a política de Recursos Humanos para o SUS na rede básica de saúde local.
- Discutir o fluxo de atendimento da rede de atenção à saúde do referido município.

⁴ São consideradas especialidades básicas. Neste estudo, as consultas nas áreas de saúde da criança, mulher e adulto.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para desenvolver o conjunto de conceitos e revisões que compõem a fundamentação teórica, foram resgatadas as discussões mais recentes sobre os fundamentos históricos e teóricos da Atenção Primária à Saúde, destacando-se os três enfoques principais utilizados para APS, considerando-se nesse cenário a sua (re)tradução, no contexto atual do SUS, como campo de intervenção da Atenção Básica à Saúde. Assim, foi analisada a atenção básica como organização seletiva de práticas, como instrumento de ampliação do acesso pela porta de entrada e como organização da gestão do sistema de saúde. Em seguida, procurou-se estabelecer uma reflexão sobre os impasses que persistem na trajetória da construção da atenção básica no sistema público de saúde, enfatizando aqueles concernentes à oferta de serviços na atenção básica; a organização da rede básica de atenção à saúde, através da constituição da capacidade instalada e a efetivação de uma política de recursos humanos para o SUS.

3.1 FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E TEÓRICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os princípios que fundamentam a Atenção Primária à Saúde (APS), cuja evolução conceitual culminou na moderna concepção sobre atenção básica no Sistema Único de Saúde, tiveram sua origem na implantação dos Centros Comunitários dos Estados Unidos na década de 10 e no Relatório Dawson sobre o sistema de saúde inglês, modelando sua definição original no texto sobre os cuidados primários de saúde elaborado na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 (MENDES, 2002).

Nos Estados Unidos, a proposta dos Centros Comunitários de Saúde foi implementada com o objetivo de aproximar os serviços de saúde das populações residentes numa determinada área de abrangência definida em função da capacidade de atendimento do poder local. Essa experiência de delimitação da demanda populacional por serviços de saúde estabeleceu o Centro de Saúde como foco de administração dos recursos físicos, materiais e da força de trabalho encarregados de garantir a atenção no nível primário, organizando a prestação de serviços para uma população pertencente a um território delimitado (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A experiência dos Centros Comunitários de Saúde difundiu-se por diversos países em desenvolvimento, tais como o Brasil que obteve financiamento da Fundação Rockfeler para a implantação e manutenção desses centros de matriz americana. O modelo da Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública) constituiu a versão brasileira da proposta original, que, embora tivesse sido configurada com o propósito de transformar uma dada maneira de organização do atendimento, ampliando o acesso dos serviços à população, não se consolidou enquanto estratégia de transformação do modelo de saúde, até então centrada no atendimento médico e na focalização da assistência, transferindo para a população a maior responsabilidade pelo seu estado de saúde.

A versão mais aproximada da APS surgiu na Inglaterra, ainda em 1920, quando o então ministro de saúde, Lord Dawson, instituiu o Centro de Saúde como espaço destinado a oferecer atendimento médico primário, preconizando a organização do sistema de saúde em três níveis de atenção, diante dos quais os Centros de Saúde estariam localizados no primeiro nível (MENDES, 2002 e ANDRADE; BARRETO e BEZERRA, 2006).

A contribuição de Dawson para a organização do sistema de saúde inglês foi emblemática para a conformação de um sistema público e universal, à medida que responsabilizava o Estado pela ampliação do acesso da população aos serviços básicos de saúde e propunha uma transformação do modelo, através do primeiro contato da população no Centro de Atenção Primária, cuja organização deveria ser flexível em função da complexidade das necessidades locais e da situação de saúde da população.

Os Centros de Saúde que surgiram no Brasil em 1924, sob a influência do sanitarista Geraldo de Paula Souza, foram inspirados tanto na proposta dos centros comunitários americanos, quanto nos sistemas ingleses criados por Dawson e tinham como finalidades principais: a focalização na promoção da saúde, a prática de educação sanitária e prevenção de doenças infecciosas (MENDES, 2002).

No plano internacional, esses dois movimentos históricos associados à crise da saúde que caracterizava a situação da maioria dos países do globo naquele período, conforme análise de Ferreira e Buss (2001) convergiram para a conformação da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978, sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS), estabelecendo a base conceitual da APS como proposta a ser apreciada pelos países que se dispuseram a ampliar a meta de garantir o direito à saúde dos povos.

A Declaração de Alma-Ata sintetizou as discussões que se estabeleceram em torno das estratégias que deveriam ser adotadas pelos chefes de Estado a fim de proporcionar um nível

de saúde para todos os povos e nações, propondo uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponíveis através da atenção primária. Tal estratégia foi instituída como tecnologia de transformação do processo de cuidar, capaz de contemplar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial desse modelo. A APS foi então definida como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automediação (...) Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência a saúde (OMS, 1978).

Essa abordagem propôs uma compreensão sobre cuidados fundamentais que deveriam ser garantidos a todas as pessoas, como primeiro momento do processo de assistência à saúde, cuja apreensão ultrapassaria os limites do setor saúde, à medida que tais métodos e tecnologias seriam implementados através dos serviços de proteção, prevenção e reabilitação, níveis de assistência que demandam a atenção de vários setores sociais.

Tais cuidados expressavam a necessidade de ação urgente de todos os governantes de nações e demais atores envolvidos com o setor saúde, no sentido de promoverem um ambiente de justiça social a ser concretizado no ano 2000, período estabelecido como limite para a garantia do acesso a saúde para todas as pessoas, constituindo a APS, como primeiro nível de contato com os serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Mendes (2002) e Starfield (2004) resgatam os princípios de APS enfatizando o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária como elementos constitutivos que devem ser apreendidos em sua totalidade para a conformação de um sistema de saúde voltado para a atenção primária com efetividade.

De acordo com esses autores, o primeiro contato é o princípio que traduz a capacidade de garantir o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos que demandam atenção e implica na maior proximidade possível entre os estabelecimentos de saúde e a comunidade. A longitudinalidade estabelece um processo continuado de atenção através do provimento de recursos e de estratégias em longo prazo. A integralidade enfatiza a responsabilidade pela prestação de serviços, para que se possa atender o conjunto de

necessidades de uma população numa área delimitada, apreendendo de forma ampliada os determinantes biológicos, psicológicos e sociais das doenças. A coordenação prioriza os mecanismos e gestão tendo em vista a manutenção e garantia da continuidade dos serviços. A focalização na família refere-se a uma nova abordagem sobre o sujeito do processo saúde/doença, em que a família é compreendida como ator principal e unidade social que deve ser considerada como eixo de intervenção no processo do cuidado. Por fim, a orientação comunitária propõe o reconhecimento do contexto econômico, social e cultural em que vivem as famílias, cujas necessidades ocorrem em função desse ambiente, o qual deve orientar as ações de saúde (MENDES, 2002 e STARFIELD, 2004).

No Brasil, esses princípios foram incorporados aos diferentes projetos de organização dos serviços, enfatizando a atenção básica como estratégia principal e como modelo de intervenção que revisa conceitualmente a proposta da APS.

Conforme análise de Mendes (2002), não existe consenso sobre a interpretação do conceito da Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e nos diversos sistemas de saúde espalhados pelo mundo. Este autor destaca três enfoques principais que são utilizados como objeto de análise nos diversos espaços de produção de serviços de saúde: a atenção básica à saúde como atenção primária seletiva; a atenção básica como nível primário do sistema de serviços de saúde e a atenção básica como estratégia de organização do sistema de saúde.

Essas abordagens podem traduzir três campos de atuação da atenção básica: como organização seletiva de práticas, como ampliação do acesso pela porta de entrada e como instrumento de organização da gestão do sistema de saúde.

3.2 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COMO ORGANIZAÇÃO SELETIVA DE PRÁTICAS DE SAÚDE

A noção da atenção básica como atenção primária seletiva está relacionada à organização seletiva de práticas de saúde que estabelece, conforme enfatiza Mendes (2002), a disposição de um conjunto de serviços de baixa densidade tecnológica, com pessoal de baixa qualificação profissional, baixo custo financeiro e sem possibilidade de referência a outros níveis de complexidade, seu foco de atuação seria destinada às populações e regiões pobres.

A matriz ideológica dessa abordagem se fundamenta no ideário neoliberal, o qual propõe a descentralização, a privatização e a focalização de políticas sociais como estratégias

doutrinárias de ajuste econômico a serem recomendadas para os países do globo por organismos financeiros internacionais, a exemplo do Banco Mundial (SOARES, 2000).

No Brasil, conforme problematiza Soares (2000), as políticas de ajuste econômico implementadas ao longo da década de 90 provocaram um grande impacto nas políticas sociais das esferas federal, estadual e municipal, que tiveram seus orçamentos reduzidos e suas ações focalizadas diretamente para os segmentos pobres da população, criando situações sociais de exclusão e de desigualdades crescentes, agravados ainda pela pequena capacidade de pressão e de poder de decisão da maioria daqueles que demandam por serviços sociais.

Nesse período, o setor saúde, embora amparado por uma legislação favorável à ampliação dos recursos a serem empregados para garantir o acesso necessário ao atendimento das demandas crescentes que se acumulavam em direção ao SUS, teve suas ações reduzidas e limitadas em decorrência do cumprimento de diretrizes recomendadas pelas políticas de ajustes, gerando a redução do financiamento dos serviços e a conseqüente estagnação do sistema público de saúde.

Travassos (1999), analisando o documento do Banco Mundial que propunha as diretrizes a serem adotadas para o investimento em saúde na década de 80, discute a abordagem neoliberal que preconiza a redução do papel do Estado no provimento das ações de saúde destinadas à população, definindo o conjunto desses recursos, devido ao seu caráter limitado, de cesta básica de serviços. A partir da síntese da autora, é possível deduzir que a adoção de práticas restritas a um pacote mínimo de serviços essenciais apenas se justifica pela contenção de gastos e redução dos custos, principal bandeira defendida pelas políticas de ajuste de corte neoliberal.

Bech (2002) acrescenta que a APS, interpretada como um conjunto de cuidados seletivos é incompatível com os princípios fundamentais que orientam o SUS, sobretudo quanto à universalidade, à equidade e à integralidade. Para o autor, essa versão reducionista resultaria numa concepção de um programa para população marginal, com recursos escassos destinados às regiões mais pobres, aprofundando as desigualdades regionais e locais existentes. Andrade, Barreto e Bezerra (2006) divergem da concepção simplificada que toma a atenção básica como um conjunto de serviços para pobres. De acordo com os autores, a Atenção Básica é o tipo que se propõe para organizar e racionalizar todos os recursos de saúde, visando a garantir a promoção e a resolução dos problemas de saúde de uma dada população.

Mendes (2002) concorda com esse argumento destacando que a atenção básica ultrapassa a oferta de serviços restritos e tem como um de seus papéis resolver a maioria dos

problemas de saúde demandados pela população. A esse papel intrínseco, segundo esse autor, se associam outros dois, que se traduzem na organização e na responsabilização.

A capacidade resolutiva da atenção básica é evidenciada quando se analisam os estudos realizados no plano internacional que associam os indicadores de saúde aos sistemas de saúde orientados para a APS. Vários estudos destacam uma relação positiva entre esses sistemas de saúde e o impacto na qualidade de vida das pessoas (STARFIELD, 2004).

A introdução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no sistema de saúde brasileiro como estratégia de redução da mortalidade infantil foi um exemplo emblemático da eficácia e eficiência da atenção básica no impacto dos indicadores sanitários, sobretudo em Regiões e segmentos populacionais pobres. O PACS teve uma participação estratégica na diminuição da mortalidade infantil em áreas marginalizadas do Nordeste brasileiro, onde reside grande contingente da população de baixo poder aquisitivo do país. O período compreendido entre 1991 e 2000 marca esta tendência, no qual a mortalidade infantil foi reduzida de um percentual de 47,8 para 29,6 crianças que morreram antes de completar um ano de idade para cada mil nascidas vivas (THOMAS, 2005).

As ações de organização da comunidade e informação sobre cuidados básicos de saúde proporcionaram algumas alterações no comportamento destas famílias que passaram a contar com encaminhamentos para as unidades de saúde e orientações sobre a prevenção de um conjunto de agravos à saúde, porém não modificaram a lógica excludente do acesso deste grupo ao atendimento integral de suas necessidades.

Assim, o PACS, não obstante ter se expressado como dispositivo fundamental de aproximação da população aos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da situação de saúde dos setores excluídos da população, foi concebido como mais um programa de caráter seletivo, focalizado e marginal.

3.3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO PELA “PORTA DE ENTRADA”

Ao problematizar os diferentes enfoques sobre a ABS, tomando como eixo a evolução da atenção primária, é necessário compreender como o sistema de saúde brasileiro organiza seus serviços para atender às necessidades demandadas pelos usuários.

Em uma análise sobre os modelos de atenção à saúde no Brasil, Cecílio (1997) destaca o modelo piramidal para representar o projeto de atendimento defendido pelo movimento sanitário ao longo do processo de implementação do atual sistema de saúde.

O autor apresenta esse modelo em sua estrutura verticalizada, em que os serviços de saúde seriam organizados de maneira hierárquica, em ordem crescente de complexidade tecnológica, tendo na base da pirâmide um conjunto de estabelecimentos básicos de saúde com a missão de servir como “porta de entrada” do sistema e garantir a integralidade da atenção, a partir da referência aos níveis superiores de assistência (CECÍLIO, 1997).

Assim, o vértice da pirâmide seria representado pelos serviços de maior densidade tecnológica, onde estariam localizados os Hospitais Regionais, Estaduais ou Nacionais. No nível intermediário, estariam localizados os serviços de atenção secundária, representados pelo atendimento ambulatorial, com especialidades clínicas, cirúrgicas e apoio diagnóstico.

A base desse modelo hierarquizado de atendimento à saúde seria constituída pela atenção básica que compreende toda uma rede de serviços, articulados para atender as necessidades no nível primário de saúde.

Bech (2002) complementa a análise de Cecílio (1997) sobre o modelo piramidal apontando que no nível primário haveria a articulação de dois subníveis (1 e 2). Um mais básico que compreende as equipes de saúde da família e os postos de saúde que devem responder por 70% dos problemas de saúde de uma população adstrita. E outro subnível composto por policlínicas, ofertando ações em especialidades básicas como pediatria, gineco-obstetrícia, pequenas cirurgias e clínica geral, além de garantir o atendimento de urgência e emergência em regime de plantão de 24 horas, contemplando o atendimento de 80 a 90% das necessidades de saúde da população.

O modelo piramidal tem sido defendido pela racionalidade gerencial hegemônica no SUS por apresentar certa viabilidade econômica, ao estabelecer fluxos de referência e contra-referência aos níveis mais complexos do sistema de saúde, a partir do nível primário que cumpre o papel de garantir o principal acesso aos serviços de saúde pela porta de entrada do sistema, constituindo-se como estratégia de concretização dos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Cecílio (1997) questiona a hegemonia do modelo piramidal no interior dos diversos espaços de produção dos serviços. Além de propor uma substituição do modelo de saúde centrado na pirâmide de atenção pelo modelo do círculo que atribui várias portas de entradas no sistema de saúde. O autor enfatiza que a realidade vivenciada no cotidiano das práticas de

saúde revela que a rede básica de serviços, enquanto principal “porta de entrada” do sistema público de saúde foi superada pelos hospitais públicos e privados.

Nessa perspectiva, os pacientes que demandam atendimento para suas necessidades, não incorporam qualquer racionalidade técnica idealizada pelo setor saúde, mas, sobretudo, procuram resolver seus problemas por onde é possível, o que resulta numa superlotação dos setores de urgência e emergência das unidades hospitalares espalhadas pelo país.

Em que pese os questionamentos apresentados pelo autor sobre os dilemas que persistem na constituição do modelo piramidal, em seus limites como modelo ideal de atenção, o que se expressa como discurso bastante difundido no campo da saúde coletiva é a constituição da rede básica como “porta de entrada” do sistema de saúde.

A concepção da ABS como “porta de entrada” foi bastante problematizada por Starfield (2004) quando definiu a acessibilidade e o primeiro contato do paciente com os estabelecimentos de saúde como fatores que possibilitam a redução dos quadros de morbidade e mortalidade dos indivíduos que procuram pelos serviços de saúde. A autora enfatiza que o ponto de entrada do sistema de saúde deve ser de fácil acesso, possibilitando a organização do atendimento no nível primário através de um profissional médico generalista, capaz de garantir o acompanhamento contínuo dos usuários.

A constatação sobre os benefícios da atenção básica na resolução dos problemas de saúde é evidenciada, sobretudo, na redução da mortalidade infantil, conforme revela Starfield (2004). Porém, as vantagens dos sistemas de saúde que organizam seus serviços a partir dessa estratégia podem ser comprovadas pela melhoria da qualidade da assistência, através do vínculo estabelecido entre o paciente e os serviços e pela redução dos gastos em saúde, o que justifica a incorporação da APS aos projetos de caráter racionalizante que perseguem a redução dos custos da saúde e atribuem a crise do setor ao uso inadequado dos recursos financeiros investidos no sistema público ao longo dos anos.

No Brasil, a atenção básica foi incorporada como “porta de entrada” pelo ideário sanitário a partir da década de 80, com a proposta dos sistemas locais de saúde, mas foi na década de 90, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que a estratégia política de organização da demanda pela constituição de uma “porta de entrada” se consolidou, estabelecendo a Unidade de Saúde da Família (USF) principal via de acesso ao sistema público.

O PSF, conforme análise de Mendes (2002) foi instituído com o propósito de colaborar decisivamente para a organização do SUS, através da reorientação do modelo assistencial e priorização do atendimento da população excluída do sistema, a qual

representava 32 milhões de brasileiros. No entanto, na perspectiva do autor, a focalização da assistência estabelecida pelo PSF, apesar de significar uma tentativa de combater as desigualdades evidenciadas no acesso aos serviços de saúde, tem gerado uma distorção no interior do sistema, por violar o princípio de universalidade.

O PSF significou uma profunda alteração na forma de organização dos serviços de atenção básica, constituindo-se como “porta de entrada” ao sistema (GIOVANELLA, ESCOREL; MENDONÇA, 2003), através da vinculação da população a uma equipe mínima de profissionais (um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e aproximadamente seis agentes comunitários de saúde), que é responsável pelas ações de saúde de um conjunto de famílias localizadas em território definido, sobre as quais são estabelecidos o diagnóstico das necessidades e a organização da demanda local, prestando assistência integral à saúde de indivíduos, famílias e comunidade (BODSTEIN, 2002).

A constituição da rede básica como proposta de organização da demanda dos serviços pela “porta de entrada” tem respondido às necessidades da população de maneira insuficiente, na medida em que garante apenas atendimento restrito e simplificado para os segmentos marginalizados, com ações de baixa resolubilidade, gerando uma demanda crescente por atendimento especializado (COSTA; MAEDA, 2001).

A grande demanda que continua a ser referenciada da rede básica para os níveis intermediário e terciário do sistema de atenção à saúde revela o paradoxo que envolve o modelo piramidal.

Enquanto que esse modelo foi constituído como proposta de racionalização do atendimento pela redução da demanda para os níveis de maior densidade tecnológica, a fim de reduzir os custos da saúde através da resolução das necessidades no nível básico, sua implementação tem provocado uma elevação das demandas para os níveis intermediário e terciário, evidenciando de um lado, o baixo impacto das ações básicas para garantir a integralidade e, de outro, a grande demanda reprimida que era excluída do sistema pela ausência de uma porta de acesso.

Esse cenário aponta para a necessidade de revisão da rede básica, tendo em vista a conformação de um modelo capaz de incorporar as diretrizes e princípios do SUS, de forma que a sua implementação leve em conta as necessidades populacionais e a situação sanitária do contexto local.

3.4 A ATENÇÃO BÁSICA COMO INSTRUMENTO DE ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Ao repensar o papel da rede básica no SUS, o que se põe em evidência é a expressão da atenção básica como uma rede de serviços localizada em um determinado espaço territorial, com características capazes de efetivar a reorientação do modelo de atenção à saúde.

Nesse cenário, o sentido mais amplo da conformação da rede básica é defendido por Merhy (1997) como resultado de um processo social que expressa mudanças nas relações entre o Estado e a Sociedade, redefinindo ações que interferem na formulação de políticas sociais, sobretudo no campo da saúde.

Assim, o autor elabora uma tipologia explicativa que define a conformação da rede básica em distintos momentos na história das políticas de saúde do Brasil, desenhadas a partir de posições conservadoras, reformadoras e transformadoras.

As abordagens mais conservadoras enfatizam a noção da rede básica em seu caráter focalizado, destinado às pessoas que estariam fora do sistema de saúde. Neste caso, as ações de saúde destinadas à população estariam reduzidas a um pacote mínimo de serviços, compreendendo atividade de saneamento, vacinação, assistência individual e coletiva.

As posições reformadoras definem a rede básica, ora como “porta de entrada” do sistema, ora como constituição que mantém a dicotomia entre assistência médica e saúde pública (MERHY, 1997). Como “porta de entrada”, esta posição enfatiza o papel da rede básica no processo de hierarquização dos serviços, imprimindo uma marca significativa na entrada ao sistema de saúde, enquanto primeiro nível de atendimento, no qual esta rede dispõe-se com baixa incorporação tecnológica, baseada na teoria da História Natural da Doença⁵.

Por outro lado, as posições reformadoras procuraram romper com a dicotomia entre a saúde pública e assistência médica, enfatizando a incorporação destas duas dimensões ao modelo de rede básica, com capacidade tecnológica para resolver os problemas de saúde.

Com o advento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a incorporação do ideário da Reforma Sanitária no campo das ações da saúde, favoreceu a aceção da rede básica como

⁵ A **história natural da doença** corresponde a teoria desenvolvida por Leavel e Clark em 1976 para explicar o desenvolvimento da doença que foi definido em dois períodos seqüenciados: o período epidemiológico (pré-patogênese) e o período patológico (patogênese). Sendo que o primeiro era constituído pelas relações suscetível-ambiente, enquanto que no segundo, interessavam as modificações que se passavam no organismo vivo. ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO (1999).

opção transformadora, não apenas pelo seu caráter estratégico em se constituir como “porta de entrada” ao sistema, mas, sobretudo, pelo potencial que ela exerce na reorientação das práticas de saúde, com vistas à integralidade da atenção e da melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

A organização da atenção básica adquiriu importância significativa na agenda setorial nos últimos anos, contando com uma série de mecanismos indutores que viabilizaram diversas propostas de implementação dos princípios constitutivos do SUS.

A partir de 1998, o processo de descentralização sofreu um forte impulso motivado pelas medidas de incentivos financeiros incrementados pelo Ministério da Saúde, a fim de consolidar as transformações no modelo de saúde vigente.

A instituição do Piso de Atenção Básica, através da Portaria GM/MS n. 1882 de 1997, foi o principal instrumento indutor da mudança do foco de atenção à saúde. Por esse mecanismo, os municípios que assumissem qualquer modalidade de gestão, prevista na NOB 96 (Plena da Atenção Básica ou Plena do Sistema), contariam com adicional financeiro – um valor *per capita* que atualmente varia entre R\$13,00 e R\$18,00 por ano – destinado a financiar um elenco de procedimentos e ações estratégicas, definidas prioritariamente (BODSTEIN, 2002). Essa iniciativa traz uma inovação para a gestão em saúde, ao alterar a lógica de repasse destes recursos, que passaram a ser transferidos de forma regular e automática, diretamente da União para os municípios através de fundo municipal de saúde.

Outro mecanismo indutor da atenção básica foi a destinação de recursos financeiros para incentivar os municípios a implantarem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

As estratégias do PACS/PSF foram implantadas com o aval de vários sujeitos envolvidos na construção do projeto de reforma sanitária, constituindo em um verdadeiro consenso sobre a efetividade de suas práticas na transformação do modelo de saúde vigente. No entanto, em que pese a existência de diretrizes solidárias, no sentido de contemplar as populações marginalizadas, a reorientação do modelo pretendida pela implementação destes programas, encontrou seus limites na lógica de organização da oferta e de garantia do acesso, cuja programação e o potencial resolutivo seguem em descompasso com as necessidades de saúde dos indivíduos e das famílias.

Em tal cenário, uma análise mais profunda sobre a estruturação da rede de serviços de atenção básica pode apontar as dimensões que estão presentes na discussão sobre a efetividade das práticas de saúde no contexto de reorganização dos serviços, tendo em vista a resolubilidade das ações e a satisfação das necessidades individuais e coletivas.

3.5 O IMPASSE DA OFERTA DE SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A constituição da ABS como elemento estratégico de investigação, remete a necessidade de apreensão das formas de organização da oferta de serviços que compõem a rede de estabelecimentos de saúde no Brasil, a fim de que se possa compreender a conformação deste espaço no processo de reorientação do modelo assistencial.

No Brasil a lógica de organização dos serviços de saúde está pautada pela gestão da oferta (oferecimento), em detrimento da demanda gerada pelos usuários. Esta tendência dificulta o acesso dos indivíduos aos serviços prontos e eficientes, na medida em que, muitas vezes, não considera as reais necessidades dos usuários do sistema público de saúde.

Os mecanismos criados para normalizar o SUS acolheram e consolidaram, através de incentivos financeiros, os municípios com maior capacidade de oferta, causando prejuízos institucionais para aqueles que precisavam organizar seus sistemas de saúde, mas que não dispunham de estrutura compatível (MENDES, 2004).

Contudo, essas limitações não impediram a expansão da rede pública de saúde no país que, conforme análise feita sobre os dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária realizada pelo IBGE em 1999, teve um crescimento de 272,2%, atingindo sua maior variação para os municípios que naquele período eram responsáveis por 92% dos estabelecimentos públicos de saúde, distribuídos nas esferas administrativas (ALMEIDA, GIOVANELLA; MATOS, 2002).

Além da expansão da rede de estabelecimentos de saúde no período de 1992 a 1999, Almeida et al (2002) destacam que o aumento da oferta de serviços foi significativo no mesmo período, sobretudo na produção ambulatorial que entre 1997 e 2000 teve um crescimento de 23%, tendo sido impulsionado por incentivo do Piso de Atenção Básica (PAB).

Em 2005, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) elaborou o Manual de orientação para a Programação da Atenção Básica, definindo a avaliação e a programação como importantes instrumentos na organização deste nível de atenção à saúde, dispondo de metas mínimas a serem assumidas pelos gestores municipais, no que se refere à execução e acompanhamento das ações de saúde (BAHIA, 2005).

A Programação da Atenção Básica utiliza os parâmetros da Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOAS) nas versões 2001 e 2002. A SESAB definiu as seguintes áreas a serem priorizadas na oferta e avaliação do processo de organização das ações e serviços: Saúde da Criança (vigilância nutricional, imunização, atenção à saúde da

criança); Saúde do Adolescente; Saúde da Mulher (melhoria da qualidade da assistência Pré-Natal, detecção precoce do câncer de mama e prevenção do câncer de colo de útero, melhoria da qualidade da assistência ao planejamento familiar, atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual, prevenção e controle da DST/AIDS); Vigilância Alimentar e Nutricional (controle da hipertensão e diabetes); Saúde do Idoso; Controle da Tuberculose; Eliminação da Hanseníase; Saúde Bucal e Saúde da Família.

Estas ações estão sendo avaliadas através de planilhas de programação, diante das quais é possível acompanhar o processo de execução das ações: consultas realizadas por profissionais médicos e enfermeiros, procedimentos realizados por profissionais (enfermeiros, médicos, odontólogos, auxiliares de enfermagem, entre outros).

A análise destas ações pode ser realizada tomando como referência o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, que identifica, descreve e avalia a estrutura da rede de serviços no Brasil, classificando estas informações por tipo de serviço (atenção básica, média complexidade e alta complexidade) (BRASIL, 2002c).

Com base nestas informações, constatou-se que 67,5% dos estabelecimentos cadastrados eram classificados como serviços de atenção básica, representando uma razão de um estabelecimento de saúde para cada 3.636 pessoas. A razão entre os estabelecimentos de atenção básica para os de média complexidade ficou em torno de 2,2.

Apesar da ampliação da rede básica, com o crescimento expressivo destes estabelecimentos na esfera pública, o acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS continua reproduzindo a segmentação da sociedade brasileira, com a exclusão de grande quantidade de usuários do atendimento às suas necessidades.

Os estabelecimentos de saúde, incapazes de atender a totalidade da demanda crescente, quer seja pela persistência de práticas ineficazes e insuficientes, quer pela falta de estrutura da rede, produzem uma demanda reprimida que aumenta as filas nos ambulatórios e hospitais, provocando a exclusão de parcelas da população no acesso à totalidade dos serviços de saúde, sobretudo nos níveis de maior complexidade tecnológica do sistema (média e alta complexidade).

A superação das barreiras existentes no acesso ao sistema de saúde pode ser concretizada através da articulação entre recursos, serviços, demandas e necessidades dos usuários, para a qual a rede básica seria encarregada de garantir o provimento de ações e serviços necessários, com tecnologias adequadas, cujas intervenções contemplassem não apenas a promoção e a prevenção da saúde, mas também a cura e a reabilitação no nível individual e coletivo (COSTA; MAEDA, 2001).

Decorridos quinze anos desde a regulamentação do SUS cumpre indagar sobre os resultados acumulados pelos esforços implementados para garantir a universalização do acesso aos serviços básicos de saúde, o que pode ser analisado a partir de indicadores da situação de saúde no Brasil.

Com base em índices apresentados pela Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios (PNAD), 24,60% da população brasileira estava coberta por planos de saúde em 2003, sendo evidenciada uma acentuada desigualdade no acesso a esta modalidade assistencial, entre os segmentos da sociedade. Na classe que possuía rendimento familiar inferior a um salário mínimo, a cobertura era inferior a 2,9%, enquanto que a classe que possuía renda de 20 salários mínimos ou mais, atingia 83,8% de cobertura (IBGE, 2005).

A participação do setor privado no conjunto de 20 milhões de internações hospitalares ocorridas em 2001 representava 37,43 % do total, o que demonstra a hegemonia deste setor na oferta destes serviços em âmbito nacional (IBGE, 2002).

Em contrapartida, no mesmo ano houve avanços significativos na oferta de procedimentos da atenção básica no setor público, que responderam por 96% do total de procedimentos realizados, contra 4% do setor privado. Além disso, do total de 1,9 bilhões de procedimentos ambulatoriais realizados nos diferentes níveis de complexidade, o setor público foi responsável por 47% para os procedimentos de média complexidade e 78% para os procedimentos de alta complexidade (IBGE, 2002).

Apesar dos avanços, o quadro é relativamente insatisfatório quando a análise destes indicadores é inserida na perspectiva das desigualdades regionais.

Segundo o Censo do IBGE de 2002, a população de mulheres gestantes com mais de 7 consultas pré-natal era de 46% do total, sendo 56% no Sudeste e 25,8% no Norte. No Nordeste, estas gestantes representavam 32,9% do total, quadro semelhante ao Estado da Bahia que segue com o mesmo índice (IBGE, 2002).

Além disso, alguns indicadores de promoção da saúde apresentados pelo IBGE refletem a mesma lógica de disparidade regional, o que pode ser constatado pela cobertura do esgotamento sanitário, que corresponde a 70% da população urbana nas regiões Sul e Sudeste, enquanto que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, menos de 50% da população têm acesso a algum tipo de saneamento básico (IBGE, 2002).

A universalização do acesso aos serviços de saúde, teoricamente possibilitada pela gratuidade do SUS, a fim de se evitar a barreira econômica, pressupõe a igualdade de oportunidades na utilização destes serviços (CAZELLI; BRITO e ORMELI, 2002). Essa discussão, apontada pelas autoras, remete ao princípio de equidade enquanto fundamento

ético que dá sentido ao funcionamento do SUS, na medida em que as diferenças dos indivíduos não devem justificar as desigualdades no acesso ao sistema de saúde, traduzindo o aumento da pobreza e de miséria dos segmentos populacionais de menor nível de renda.

No Brasil, as iniquidades no acesso aos serviços de saúde colocam em questão o princípio da universalidade e redirecionam o foco da atenção para os estudos que procuram analisar os mecanismos de superação deste dilema, apontando a urgência de adoção de políticas sociais mais justas e redistributivas (LIMA et al, 2002).

Nesta perspectiva, a intervenção do setor saúde deve considerar as situações de desigualdade social, sobre a qual o estudo de Lima et al (2002) é representativo, denunciando a exclusão de um terço da população brasileira no acesso ao serviço de saúde de uso regular.

Considera-se ainda, que a natureza dessa exclusão seja desfavorável à população de baixa renda, o que impõe a urgência na elaboração de alternativas que visem a minorar as distorções apresentadas, reafirmando o papel privilegiado do nível macro do sistema de saúde, cujo espaço de formulação contempla os pontos mais polêmicos da reforma do setor saúde (financiamento, descentralização, regionalização, entre outros), possibilitando o respaldo legal das decisões e o potencial resolutivo dos conflitos.

Esta análise é problematizada por Lima et al (2002) que consideram a necessidade de incrementação de recursos financeiros para favorecer a redução das desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde, aprofundando o debate sobre os critérios na alocação desses recursos sem o qual a sua má distribuição pode, até mesmo, acentuar as distorções existentes.

O debate sobre a distribuição de recursos financeiros para a saúde sempre provocou polêmica entre os entes da Federação (União, Estados e Municípios) e os diversos atores envolvidos no projeto de Reforma Sanitária.

Teixeira (1992) já discutia esta problemática na década de 80, destacando que a lógica de redução de gasto público adotada pelos formuladores de políticas, frustrou a expectativa de universalização dos direitos sociais e de saúde, distorcendo os interesses da reforma sanitária, cujos idealizadores apostaram na descentralização como instrumento de concretização do direito à saúde.

Atualmente, os limites existentes no financiamento dos serviços de saúde aprofundam a discussão sobre as propostas descentralizadoras de organização dos serviços com foco na atenção básica. A inviabilidade destas metas pelo estrangulamento financeiro põe em risco a implementação de estratégias que pretendam transformar o modelo de atenção vigente, tendo em vista a consolidação do SUS como sistema justo e solidário.

3.6 O IMPASSE DA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ABS E A CONSTRUÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA

A organização da rede de serviços de saúde no cenário constituído pelo SUS obedece a um desenho institucional que caracteriza a natureza desses serviços em públicos e privados (ELIAS, 1996), de forma que o setor privado ainda que tivesse sido integrado ao SUS, atuando em caráter complementar, não será tratado nesta investigação.

Os serviços públicos, conforme apresentado por Elias (1996), compreendem uma rede de estabelecimentos de atendimento básico, classificados em: Posto de Saúde (determinado pelo atendimento primário à população, valendo-se de procedimentos realizados por profissionais de baixa qualificação profissional, com um elenco de atividades que incluem vacinação e curativo); Centro de Saúde (incorpora um elenco de atividades realizadas por alguns profissionais de nível superior, a exemplo de médicos e enfermeiros, com atuação no nível primário e secundário); Policlínicas (que incorpora certo padrão de tecnologia, capaz de ofertar serviços ambulatoriais especializados) e Unidade Mista (que associa atendimentos ambulatoriais, comuns aos centros de saúde, com a incorporação de leitos para internação de pacientes com enfermidades, nas áreas de Pediatria, Obstetrícia, Clínica Médica, Cirurgia e de Emergência).

Além destes estabelecimentos, vem sendo incorporada no campo da saúde coletiva⁶, a Unidade de Saúde da Família⁷ (USF), enquanto espaço de intervenção que faz parte de um componente estratégico de reorientação do modelo de atenção à saúde. A adoção de incentivos federais para a implementação do PSF pressupõe a priorização desta estratégia na transformação do modelo assistencial, elegendo a atenção básica como foco de intervenção (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003).

A organização de unidades de saúde a partir da classificação apresentada por Elias (1999) corresponde a diferentes modalidades de atendimento, mas atende a uma lógica de distribuição geográfica bastante semelhante, o que consiste na implantação desses estabelecimentos em aglomerados urbanos, com o objetivo de garantir atendimento ao conjunto de pessoas que vivem em um determinado território.

⁶ **Campo de Saúde Coletiva** é apreendida neste estudo como articulação de saberes e práticas em saúde que privilegia o social como espaço de intervenção e como eixo político e ideológico que recoloca o papel do Estado como responsável pelas necessidades da população (CAMPOS, 2003).

⁷ No **Programa de Saúde da Família** cada Unidade de Saúde da Família deve contar com uma equipe básica de profissionais de saúde responsáveis pela atenção à população adstrita. Um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde fazem parte da equipe mínima inicial para o funcionamento do PSF, responsáveis pelo atendimento de 800 famílias, em média.

Assim, o sentido mais amplo que a rede básica de serviços de saúde adquire no processo de descentralização das ações de saúde no âmbito do SUS tem como propósito: a garantia da ampliação da cobertura, possibilitada pela expansão da rede em todo território nacional, a integralidade da assistência, através da referência a outros estabelecimentos que possuem maior densidade tecnológica, a regionalização dos serviços e a racionalidade das ações (SILVA et al, 2001).

Esse desenho representativo sobre as unidades que compreendem a rede básica de saúde não esgota a totalidade de estruturas físicas existentes nos diferentes sistemas locais de saúde, apontando apenas para um cenário que se aproxima da maioria dos espaços de produção de serviços de atenção básica nos municípios brasileiros.

A expansão da política da atenção básica pelo Ministério de Saúde como estratégia de implementação dos princípios que orientam o SUS, possibilitou a implantação de inovações tecnológicas de atenção da rede básica de serviços que colocaram no cenário do sistema público novas modalidades de estabelecimentos de saúde que redesenharam o perfil da capacidade instalada no âmbito do SUS. As equipes matriciais de referência, os centros de atenção psicossocial, entre outros tipos de estabelecimentos são alguns exemplos da capacidade de revisão da rede básica, no tocante ao desempenho de seu papel estratégico de garantir a universalidade da atenção.

Essa capacidade de revisão da rede de estabelecimentos de saúde na atenção básica está relacionada a ampliação da cobertura do acesso aos serviços, possibilitado pelo crescimento de unidades de saúde na esfera pública, sobretudo no plano municipal que acumulou um conjunto de experiências bem-sucedidas de planejamento e execução de estratégias de saúde, condizentes com as diferentes situações sanitárias locais.

Mendes (2002) acrescenta que no processo de construção histórica do SUS, a evolução da rede básica aconteceu em 5 ciclos de expansão ao longo do século XX. Assim, esse movimento de ampliação da quantidade de estabelecimentos de saúde teria ocorrido de forma articulada com as estratégias de extensão da cobertura assistencial através das experiências do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a partir da Fundação Rockefeller; do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste), em 1976; das AIS (Ações Integradas de Saúde), na segunda metade da década de 80 que transferiu recursos da previdência social para estados e municípios; do processo de municipalização da saúde, que foi induzido depois da instituição do SUS, e da implantação do PSF na década de 90, que alavancou a expansão da rede através da criação de ESF em milhares de municípios.

Quadro 1: Ciclos de Expansão da rede básica de serviços de saúde ao longo do século XX

	Período histórico	Políticas de Saúde articuladas	Ampliação da rede
1º Ciclo de Expansão da rede básica	Início dos anos 40 até a década de 70	SESP, Criação das SES, ações restritas ao campo materno-infantil.	Criação de unidades básicas de saúde, articulando ações preventivas e curativas.
2º Ciclo de Expansão da rede básica	A partir da década de 70 até os anos 80	PIASS	Crescimento de 1.255% de unidades básicas de saúde em uma década que passou para 13.739.
3º Ciclo de Expansão da rede básica	Início dos anos 80	AIS	Elevação das ações básicas 112 municípios para 2500 municípios.
4º Ciclo de Expansão da rede básica	A partir da década de 90	Implantação do SUS, municipalização das ações de saúde.	Criação de uma ampla rede de unidades de saúde pelos municípios.
5º Ciclo de Expansão da rede básica	Final da década de 90	Implantação e Implementação do PSF	Criação de ESF nos diferentes municípios do país.

Fonte: Mendes (2002)

O quadro 1 revela que o movimento de expansão da rede básica teve início a partir da década de 40, com forte impulso após a década de 70, até se consolidar enquanto estratégia de organização da rede de serviços na década 90, através da instituição do SUS. Contudo, é necessário ressaltar, ainda de acordo com Mendes (2002), que essa dinâmica de extensão da rede básica não sofreu modificações apenas no plano físico pela expansão quantitativa das unidades básicas de saúde (UBS), mas, sobretudo, provocou uma transformação significativa nas práticas assistenciais dessas unidades. À medida que acumulava o conjunto de princípios e diretrizes do SUS, a nova configuração da rede básica superava a concepção de uma rede básica que servisse apenas para garantir práticas seletivas ou como uma “porta de entrada” do sistema, passando a se constituir como espaço de concretização da integralidade em saúde.

3.7 O IMPASSE DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS

Ao proceder uma análise sobre a organização dos serviços de saúde na atenção básica, destacando a oferta de serviços e a capacidade instalada, faz-se necessário discutir a Política de Recursos Humanos para o SUS, como estratégia institucional que adquire um sentido mais

amplo quando as transformações em curso no processo de implementação do SUS sofrem retrocessos importantes no cotidiano das práticas de saúde vivenciadas na maioria dos estabelecimentos públicos de saúde, em âmbito nacional.

Convém ressaltar que a escolha pela terminologia “Política de Recursos Humanos para o SUS” não está relacionada a uma opção conceitual considerada adequada, e sim como uma abordagem reconhecidamente questionável, hegemônica na prática social dos estabelecimentos de saúde, cuja contestação merece um amplo debate sobre o tema tendo em vista a superação dos dilemas que persistem na concretização de uma prática sanitária humanizada.

Saliente-se, portanto, que o título deste capítulo expõe o uso da expressão e o seu questionamento, à medida que evidencia, conforme assinala Jaeger, Ceccim e Machado (2004), que os recursos humanos são igualados às estruturas materiais que não possuem natureza biológica. Não obstante haver consenso entre os referidos autores de que essa conotação simplificada sobre os recursos humanos representa uma idéia fragilizada, sobretudo a partir do arcabouço jurídico-institucional desenhado pelo SUS, o estudo procurou preservar a coerência com os documentos que foram analisados pelo presente objeto de investigação, os quais utilizam o termo de maneira tradicional.

Assim, a formação e o desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS têm uma trajetória política que merece ser resgatada e analisada à luz do atual contexto sanitário brasileiro, cuja reforma do setor nos últimos anos proporcionou avanços significativos na gestão e na educação dos trabalhadores de saúde na esfera pública, visando não mais considerá-la como “atividade-meio” do setor, mas como ação “finalística”.

Entretanto, faz-se necessário resgatar a análise de Bourguignon et al (2003) segundo os quais a Política de Recursos Humanos para o SUS constitui um dos principais gargalos que impedem a sua implementação, cujos enfrentamentos não têm causado grandes impactos na reversão da ineficiência das práticas e da assimetria nas relações que se estabelecem entre usuários e profissionais de saúde.

Os autores ressaltam, ainda, a prevalência de uma concepção burocratizante sobre os recursos humanos que tem prevalecido nas instituições de saúde, recortando os trabalhadores como insumos que precisam ser otimizados para atender determinado padrão produtivo em coerência com as recomendações do mercado, conforme preconiza a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Nesse cenário, urge a necessidade de respostas ante as indagações que se fazem prementes no cotidiano dos serviços de saúde, sobre o qual ocorrem o exercício das práticas

sanitárias e a tentativa de efetivação dos princípios do SUS. Nos diferentes espaços de produção de serviços de saúde, os recursos humanos constituem os principais atores capazes de responder aos dilemas que persistem na efetivação do sistema público e do longo caminho a ser percorrido para a concretização do direito à saúde. Como garantir a incorporação do ideário sanitário no interior dos espaços de produção de serviços se as práticas de saúde reproduzem o modelo assistencial hegemônico, centrado na doença, no hospital e na medicalização? Como superar as abordagens inadequadas sobre os recursos humanos que tratam os trabalhadores como insumos que devem atender aos padrões de produtividade adequados aos imperativos do capitalismo? É possível apontar novos modelos de desenvolvimento e formação de trabalhadores em saúde que possam obedecer a padrões contra-hegemônicos em meio às estruturas que se cristalizaram no sistema público vigente?

Além dos questionamentos apontados acima, convém ressaltar que o tratamento inadequado sobre os trabalhadores que compõem o que se convencionou chamar de recursos humanos, não os tornaram apenas vítimas de um processo predatório oriundo da exploração capitalista que predomina no mundo do trabalho. Não obstante serem vitimados por esse modelo, os trabalhadores de saúde são responsáveis pela estrutura corporativa que provoca a manutenção de “*status quo*” de algumas categorias profissionais e impedem as mudanças que se fazem necessárias para a democratização do trabalho em saúde.

Tais evidências têm provocado mudanças significativas na política de desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde, sobretudo com a indução estratégica do Ministério da Saúde, que vem protagonizando um papel importante na reforma da gestão da força de trabalho no SUS.

Nos últimos anos o Ministério da Saúde estabeleceu novas abordagens sobre a política de recursos humanos, assumindo a responsabilidade pela formulação de estratégias orientadoras de qualificação e regulação do trabalho em saúde. Um fato que marcou essa opção da gestão central do SUS foi a instituição da Secretaria de Gestão e Educação na Saúde (SGTES) que faz parte do arcabouço ministerial e é responsável pelo planejamento e formulação de uma agenda de formação e educação permanente em saúde, articulada através de dois departamentos: um de gestão e da regulação do trabalho em saúde (DEGERTS) e outro de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) (JAEGER, CECCIM e MACHADO, 2004).

Os autores assinalam a responsabilidade assumida pelo gestor federal em transformar a abordagem vigente da política de recursos humanos em uma estratégia política de gestão do trabalho e da educação na saúde. Para isso, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde se encarregou de formular o conceito da Educação Permanente em Saúde como

ferramenta de revisão das práticas de “formação, atenção, gestão, controle social” e planejamento das ações de saúde, procurando humanizar os trabalhadores de saúde.

Nesse contexto, a educação permanente em saúde, que traduz uma prática contínua de formação dos trabalhadores do SUS, possui público multiprofissional e um enfoque sobre os problemas de saúde da população, tem a missão de substituir a formação tradicional dos trabalhadores, ancorada na capacitação que envolve uma qualificação temporária, destinada a uma categoria profissional específica (SAKAI et al, 2001).

Dessa forma, conforme apontam Jaeger, Ceccim e Machado (2004), foram criados, em âmbito nacional, os Pólos de Educação Permanente em Saúde, num esforço de parceria entre as instituições de ensino, estudantes, gestores estaduais, municipais e federal, organizados de forma regionalizada, a fim de adequar as estratégias de formação e educação permanentes em saúde ao projeto do SUS.

Assim, os autores enfatizam que os Pólos de Educação Permanentes, organizados em todo o território nacional, devem mobilizar a formulação de políticas de educação, formação, qualificação, envolvendo distintos atores da sociedade (dirigentes de serviços), estudantes, usuários entre outros; provocar o processo de transformação das práticas de saúde tendo em vista a articulação com o conceito ampliado da saúde que induz uma atenção humanizada, os problemas de saúde da população e o controle social; considerar as demandas regionais e a distribuição geográfica das ações na formulação de políticas de formação e educação permanente em saúde e contribuir para a criação de redes de capacitação em todas as esferas de governo (municipal, estadual e federal), estabelecendo a parceria com outros pólos de capacitação, tendo em vista a ampliação do acesso ao saberes e tecnologias adequadas às demandas da população.

A educação permanente em saúde não constitui a única forma de transformação das relações entre as instituições e trabalhadores de saúde. Além dessa estratégia, a política de formação de profissões de saúde vem adquirindo visibilidade cada vez maior ante a gestão federal do SUS.

De acordo com Carvalho e Ceccim (2006), em 2002 foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde, rompendo com uma noção predominante que estabelecia um currículo mínimo para a organização dos cursos de graduação. Essa novidade induziu a incorporação da compreensão do sistema de saúde vigente, do trabalho em equipe e da atenção integral à formação profissional em saúde, excetuando algumas categorias profissionais (medicina veterinária, psicologia, educação física e serviço social).

Os autores assinalam que o Ministério da Saúde reforçou o escopo da reforma curricular ao lançar ainda no mesmo ano o Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed), através de um edital de seleção dos melhores projetos a serem financiados como forma de incentivo financeiro para a implementação das DCN.

Em 2004, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde o AprenderSUS, como política de interação do Ministério da Saúde com o ensino de graduação para as profissões da área de saúde, que teve a participação dos estudantes e dos movimentos sociais ligados ao setor saúde.

O AprenderSUS contribuiu para a revisão da educação universitária articulando ações de ensino, extensão, pesquisa e integração comunitária, e foi reforçado um ano mais tarde pelo Pró-saúde, que atuando como política de governo em 2005, estava dirigido às profissões de enfermagem, medicina e odontologia, através de ações de adequação do currículo universitário às demandas de efetivação do SUS.

Contudo, é necessário atentar para as evidências de que as iniciativas de reforma curricular e de educação permanente na área de saúde são insuficientes para garantir a transformação das práticas sanitárias, capazes de assegurar ações humanizadas, com foco na integralidade da atenção.

A proposta de regulação do trabalho em saúde, através do Departamento de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde, assumiu um debate abrangente no que concerne à valorização da força de trabalho pela mediação entre os entes federados e os trabalhadores, visando a desprecarização das relações laborais e pactuação do controle social com os usuários.

Para que os profissionais de saúde possam atuar decisivamente em suas práticas, tendo em vista a transformação do modelo vigente em direção a concretização do SUS, faz-se necessária uma nova práxis. Uma nova ética profissional que contemple o compromisso com a defesa da vida individual e coletiva, superando o corporativismo e descompromisso profissional e assumindo os dispositivos da integralidade como ferramenta de transformação da práxis social dos trabalhadores em saúde.

Atualmente, a partir de novos arranjos políticos que se estabeleceram na esfera federal com alterações significativas na composição dos agentes políticos que dirigem o Ministério da Saúde, questiona-se a capacidade de ação dessas instâncias de regulação do trabalho em saúde, uma vez que o planejamento dos programas e projetos no âmbito governamental nem

sempre se mantém inalterado quando ocorrem mudanças de direção na gestão do sistema público de saúde.

Tal questionamento pode ser aprofundado quando se analisa o quadro político que se desenhou a partir de 2005, no âmbito do Ministério da Saúde, quando novos atores entraram em cena no espaço governamental do setor, alterando a tendência de implementação das políticas definidas pela SGETS.

A nova equipe que assumiu a direção máxima do SUS em 2005 deixou paralisadas algumas ações e definições estratégicas construídas pelos Pólos de Educação Permanente espalhadas pelo país e que foram apoiadas na gestão anterior, provocando um retrocesso nas discussões em torno do tema e no esforço coletivo que foi constituído até então.

Essa nova conjuntura impõe a adoção de novas estratégias para que possam ser resgatadas as conquistas que se forjaram ao longo dos últimos anos em torno da gestão do trabalho e da educação na saúde e que tiveram como escopo principal construção de uma política transformadora do perfil e da capacidade dos trabalhadores para atuarem no SUS.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo documental com abordagem quanti-qualitativa, pois procurou agregar dois enfoques de análise, a partir das diferentes fontes de dados disponibilizadas na pesquisa. A superação da dicotomia entre quantitativo e o qualitativo em pesquisas sociais é salientado por Deslandes e Assis (2002) quando reconhecem a complexidade que envolve avaliação de serviços de saúde, o que impõe a incorporação de diferentes atores no processo de organização das práticas de saúde. Embora esse estudo não se constitua numa pesquisa avaliativa, mas numa proposta de investigação sobre organização de serviços, as considerações das autoras reforçam a necessidade de ruptura paradigmática de abordagens essencialmente quantitativas na análise de serviços de saúde.

Para Pádua (2005), o estudo documental é aquele que se realiza a partir de documentos autênticos (não fraudados), contemporâneos ou retrospectivos, e tem sido utilizado com uma larga frequência em ciências sociais como ferramenta de descrever e comparar fatos sociais.

Barros (1986) acrescenta que o estudo documental facilita a apreensão de conhecimentos a partir de informações advindas de material gráfico, o que conferiu à investigação uma fonte privilegiada de dados necessários para o aprofundamento das idéias.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

A presente investigação teve como campo de estudo o município de Jequié-BA, cujo recorte temporal (1998-2005) representou o processo de implementação da municipalização da saúde, impulsionada pela habilitação do município na gestão plena do sistema municipal em 2001.

O município de Jequié-BA possui uma população estimada de 148.997 habitantes, uma área geográfica de 3035,423 Km² e localiza-se na região de transição entre o sul e o sudoeste da Bahia, com uma distância de aproximadamente 365Km de Salvador-BA. Constitui um importante pólo comercial e de serviços e é considerada como cidade universitária, uma vez que concentra uma extensa rede de instituições de ensino superior da

rede pública e privada, a exemplo de UESB e FTC que oferecem cursos nas áreas de Humanas, Exatas, Agrárias e de Saúde.

Atualmente o município encontra-se na gestão plena do sistema municipal, gerenciando recursos da ordem de 12 milhões de reais/ano para atender a uma demanda regional de atenção, em média e alta complexidade.

No processo de regionalização dos serviços de saúde da Bahia, estabelecido pela NOAS 01/02, o município de Jequié-BA foi incorporado na Macrorregião Sul, constituindo uma das 32 microrregiões do Estado.

Com a edição da Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOAS), que ampliou as responsabilidades dos municípios para com a atenção básica, foi definida a regionalização da saúde como estratégia de organização dos serviços. A Portaria nº 373 do Ministério da Saúde, de fevereiro de 2002, que atualiza a NOAS, ampliou a participação dos estados na organização do SUS, induzindo-os a elaborarem o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a fim de ordenar os municípios em regiões delimitadas (Macrorregiões, Microrregiões e Módulos assistenciais), com o objetivo de organizar hierarquicamente os serviços, visando à integralidade da atenção e a equidade na distribuição de recursos (BAHIA, 2004).

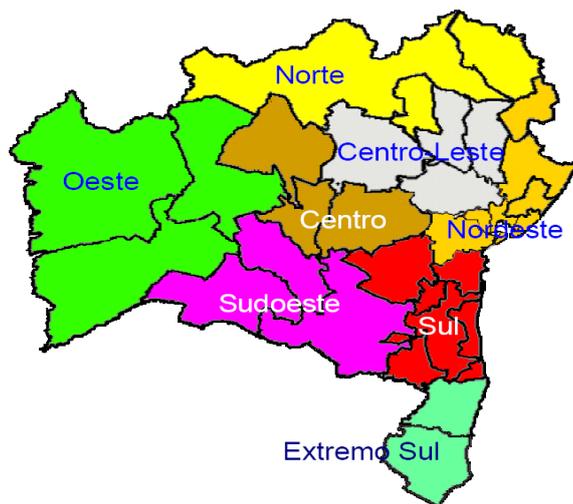
Dessa forma, as Macrorregiões compreendem um conjunto de municípios que se dispõe de um núcleo polarizador de serviços de saúde de alta complexidade, tais como atendimento a gestação de alto risco, Unidade de Terapia Intensiva – UTI e sistema organizado de urgência e emergência. As Microrregiões são constituídas pelo conjunto de módulos assistenciais, sendo responsáveis pela atenção integral à saúde da população de sua área de abrangência. Os Módulos Assistenciais representam o primeiro nível de referência que deve garantir a oferta de serviços de laboratório, radiologia simples, ultra-sonografia obstétrica, psicologia, fisioterapia, odontologia especializada e leitos hospitalares nas especialidades básicas (clínica médica, cirurgia geral, pediatria e obstetrícia com parto normal) (BAHIA, 2004).

O Estado da Bahia foi delimitado em oito (08) Macrorregiões, a partir de critérios geográficos, demográficos e socioeconômicos, tomando-se como referência os municípios polarizadores de diversas atividades em cada região. No que compete à lógica organizacional e programática que orientaram a delimitação das regiões, foi definido que o critério utilizado seria constituído pelo conjunto de serviços de alta complexidade que estes municípios comportam e sua capacidade de ofertar às demandas de cada localidade.

A Macrorregião Sul é composta por seis microrregiões que comportam 22 módulos assistenciais e possui 78 municípios, com uma população total de 1.921.074 habitantes.

O desenho geográfico desta região abrange a zona agropecuária de Jequié e a zona cacaueteira, onde se situam as cidades de Ilhéus e Itabuna e está delimitado pela área destacada em cor vermelha, conforme mapa abaixo.

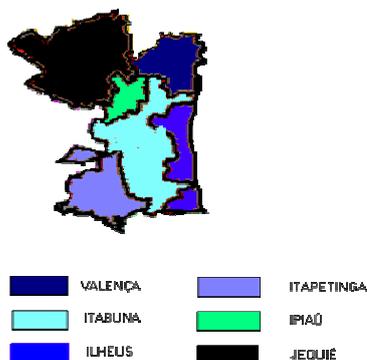
Mapa I – Delimitação das Microrregiões de Saúde da Bahia, segundo PDR 2005.



Fonte: Brasil (2006)

Os municípios destacados no mapa II (Valença, Itabuna, Ilhéus, Itapetinga, Ipiauí e Jequié) compreendem as Microrregiões que fazem parte da Macrorregião Sul, onde estão localizados três módulos assistenciais.

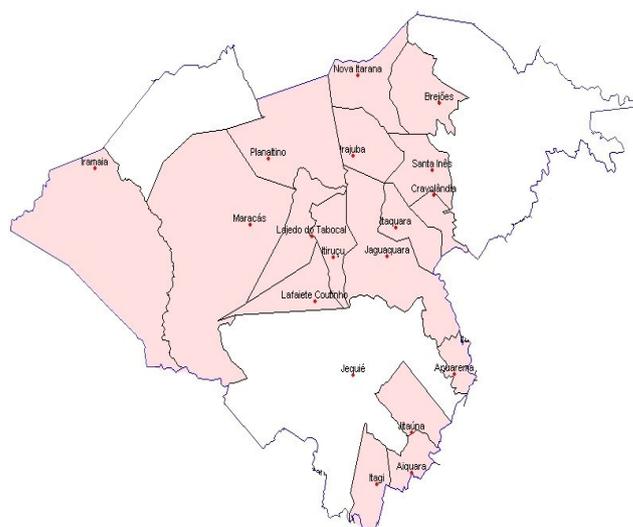
Mapa II – Delimitação das Microrregiões da Macrorregião Sul da Bahia, conforme PDR 2005.



Fonte: Brasil (2006)

O mapa III representa o desenho geográfico da Microrregião de Jequié(BA) que compreende 17 municípios, atendendo a uma cobertura populacional de 372.972 habitantes, o que corresponde ao segundo maior número de pessoas entre todas as Microrregiões da Macrorregião Sul.

Mapa III – Delimitação dos municípios da Microrregião de Jequié (BA)



Fonte: Brasil (2006)

A escolha deste recorte territorial reflete a importância atribuída à Macrorregião Sul pelo papel estratégico que este espaço ocupa no processo de desenvolvimento econômico do Estado da Bahia, potencializado pelo turismo, e por sua capacidade de produzir serviços de saúde em condição superior a outras regiões, o que pode ser constatado em recente análise da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia, que compara a concentração de leitos hospitalares e a realização de consultas realizadas pelos profissionais de nível superior em diferentes macro-territórios da Bahia (BAHIA, 2005).

O município de Jequié-BA tem sido um espaço representativo da Macrorregião Sul, visto que apresenta uma estrutura de produção dos serviços bastante sedimentada pela implementação da municipalização da saúde, a partir de 1998.

4.3 FONTE DE COLETA DE DADOS

Para a obtenção das informações referentes à oferta de serviços, o perfil dos recursos humanos e a evolução da rede pública de atenção básica à saúde no período de 1998 a 2005, foram utilizados dados secundários levantados a partir das Bases do Sistema de Informação do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS), e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estas informações foram complementadas com a utilização de outros bancos de dados, através dos Sistemas de Informações da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB), das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) e da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié-BA.

Além dessas informações, foram utilizados como fonte de coleta de dados os documentos que tratam da organização dos serviços de atenção básica no processo de descentralização dos serviços de saúde de Jequié-BA – Planos Municipais de Saúde (1998-2002 e 2002-2006) e Relatórios de Gestão do Município (2000-2005), que foram organizados e numerados conforme sistematização discriminada abaixo:

- **Documento 1** - Plano Municipal de Saúde de Jequié (1998-2002).
- **Documento 2** - Plano Municipal de Saúde de Jequié (2002-2006).
- **Documento 3** - Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié – 2000.
- **Documento 4** - Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié – 2001.
- **Documento 5** - Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié – 2002.
- **Documento 6** - Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié – 2003.
- **Documento 7** - Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié – 2004.
- **Documento 8** - Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié – 2005.

Além dos documentos descritos acima, ressalta-se a utilização do Plano Diretor de Regionalização da Bahia – PDR como fonte documental que orientou a caracterização do município de Jequié-BA, no contexto da implementação da NOAS 01/02, possibilitando o desenho do contexto regional da pesquisa.

A pesquisa de Assistência Médico-Sanitária foi criada pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, incorporada ao elenco de pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo em vista as crescentes demandas por informações em saúde no âmbito nacional. Atualmente este banco de dados foi incorporado ao DATASUS e possui um

cadastro nacional que reúne informações sobre as características dos serviços e dos estabelecimentos de saúde, utilizando-se dois formulários para a coleta de informações hospitalares e para serviços oficiais de saúde pública, gerando indicadores para subsidiar novas políticas de saúde.

O DATASUS reúne informações tabuladas a partir de outros bancos de dados do Ministério da Saúde, a exemplo do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) referentes à rede de serviços de saúde, além de informações sobre a situação de saúde no Brasil. Este banco de dados possui um Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que fornece conhecimentos sobre a realidade existente na rede assistencial, orientando no planejamento de ações que possibilitem o aproveitamento de suas potencialidades. Neste caso foram coletadas informações sobre a produção de serviços de atenção básica e as características destes atendimentos, além da distribuição dos estabelecimentos de saúde no município de Jequié (BA).

4.4 COLETA DE DADOS

As estratégias adotadas para reunir o conteúdo produzido sobre a organização dos serviços de atenção básica no município de Jequié-BA incluíram a coleta de informações junto ao banco de dados do DATASUS e de documentos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do Município (SMS)

Assim, os dados foram coletados e organizados em quatro momentos.

No primeiro momento foi oferecido um curso de capacitação sobre base de dados em DATASUS, ministrado pelo coordenador do Centro de Referência de Informações em Saúde (CRIS) da UEFS, com o objetivo de proporcionar suporte técnico no processamento e análise dos dados coletados.

Esta atividade foi realizada nos meses de julho e agosto de 2005 e teve como público participante os pesquisadores e bolsistas do NUPISC que fazem parte do Projeto de Pesquisa financiado pela FAPESB, o qual foi citado anteriormente, proporcionando, assim, um momento oportuno para aquisição de conhecimentos relativos à coleta e organização de dados quantitativos da pesquisa.

No segundo momento foram levantadas as informações “brutas” a partir dos bancos de dados dos principais sistemas de informações em saúde existentes no Brasil (DATASUS, e IBGE-AMS).

No terceiro momento foram complementadas as informações que não constavam nos bancos de dados principais, através dos sistemas de informações em saúde da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié-BA.

No quarto momento foi desenvolvida uma coleta de informações, através dos principais documentos oficiais, já citados, que tratam da organização dos serviços de saúde, no referido município.

O acesso aos documentos utilizados no presente estudo foi possibilitado através de uma solicitação oficial do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) da UEFS, dirigida à SMS de Jequié-BA, a qual foi prontamente atendida e acatada pela Secretaria Municipal de Saúde, que encaminhou o ofício para a Diretoria de Planejamento da Gestão Descentralizada, autorizando a entrega dos documentos para serem examinados no processo investigativo.

Neste momento da coleta, procurou-se identificar os documentos em que foi registrado o maior número de informações referentes à organização dos serviços de atenção básica no processo de municipalização dos serviços de saúde de Jequié-BA, considerando-se que tais documentos fossem elaborados no recorte iniciado em 1998 e terminado em 2005.

É necessário salientar que entre os documentos disponibilizados pela SMS de Jequié (BA) foram obtidos os planos municipais de saúde que correspondiam ao recorte do estudo, porém não foram disponibilizados os relatórios de gestão referentes aos anos de 1998 e 1999.

4.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DO MATERIAL COLETADO

A perspectiva de análise do presente trabalho se aproxima da proposta da análise de conteúdo de Triviños (1987), que, conforme sugere o autor, enquanto conjunto de métodos pode ser aplicado tanto em pesquisa qualitativa quanto em trabalhos quantitativos.

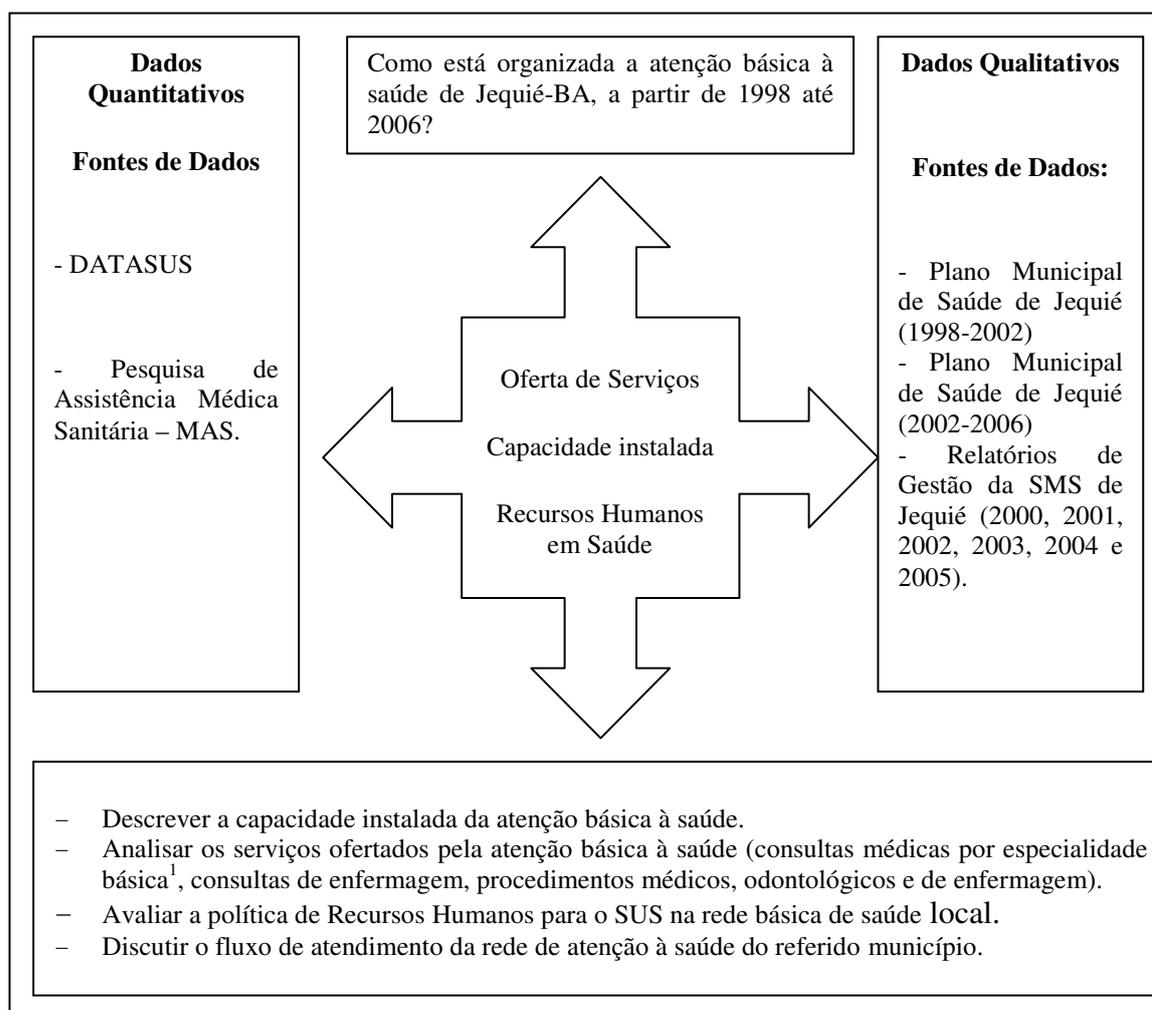
Assim, Triviños (1987) sistematiza a análise de conteúdo em: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial.

A pré-análise, descrita por Minayo (1999) como ordenação dos dados, é definida por Triviños (1987) como momento de organização do material. Nessa etapa foi realizada uma leitura geral dos dados quantitativos e qualitativos que foram articulados para responder ao questionamento da pesquisa.

A figura 1 apresenta o esquema de tratamento do material coletado, destacando a organização inicial das fontes de dados da pesquisa, permitindo, assim, uma leitura de como

ocorreu o processamento das informações, tendo em vista a coerência com o questionamento central do estudo.

Figura 1: Fluxograma de organização das informações a partir das fontes de dados qualitativos e quantitativos.



O segundo momento da análise é a descrição analítica que corresponde aos procedimentos de classificação, codificação e categorização das informações e resultam de uma articulação da fundamentação teórica, e os objetivos propostos pelo estudo.

A classificação dos dados ocorreu a partir dos documentos descritos anteriormente, os quais permitiram a identificação de núcleos de sentidos que se constituíram como eixos de análises e orientaram a sistematização das informações. Essa sistematização foi desenhada conforme esquema de análise descrito nos Quadros 2 e 3.

O Quadro 2 apresenta a sistematização dos documentos 1 e 2, que correspondem aos Planos Municipais de Saúde referentes a 1998-2002 e 2002-2005, esquematizando a coleta de dados a partir dos seguintes núcleos de sentidos que constituíram os eixos de análise: oferta de serviços, capacidade instalada, política de formação de recursos humanos e organização do fluxo de atendimento.

A partir dos referidos núcleos de sentido, foi realizada uma síntese horizontal, com a identificação das convergências e divergências que se constituíram em todos os documentos analisados.

Quadro 2: Síntese da análise documental dos Planos de Saúde da SMS de Jequié (BA), em relação à oferta de serviços, capacidade instalada, política de recursos humanos e organização do fluxo de atendimento.

Núcleos de sentido	Documento 1	Documento 2	Síntese Horizontal
Oferta			
Capacidade Instalada			
Política de formação de recursos humanos			
Organização do Fluxo de Atendimento			
Síntese Vertical			

O Quadro 3 ilustra o esquema de análise dos relatórios de gestão da SMS de Jequié, referente aos anos 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005, sistematizando a coleta de informações, a partir dos núcleos de sentido descritos anteriormente.

A síntese horizontal, a exemplo do Quadro acima, representa as divergências e convergências identificadas nos referidos documentos.

Quadro 3: Síntese da análise documental dos relatórios de gestão da SMS de Jequié (BA), em relação à oferta de serviços, capacidade instalada, política de recursos humanos e organização do fluxo de atendimento.

Núcleos de sentido	Doc. 3	Doc. 4	Doc.5	Doc.	Doc.8	Síntese Horizontal
Oferta						
Capacidade Instalada						
Política de formação de recursos humanos						
Organização do Fluxo de Atendimento						
Síntese Vertical						

O terceiro momento da análise é a interpretação referencial que corresponde à análise final dos dados. Triviños (1987) descreve essa fase alertando sobre os riscos que qualquer pesquisa apresenta ao se deter exclusivamente no “conteúdo manifesto” dos documentos, excluindo-se, dessa forma, as possibilidades de aprofundamento das idéias, o que seria proporcionado pela apropriação do “conteúdo latente” contido nos instrumentos da pesquisa.

Nesse momento da pesquisa, foi possível estabelecer uma articulação da fundamentação teórica, discutida pelos autores que realizaram estudos sobre a temática contida nos dados e o conjunto de informações colhidas pelo estudo, possibilitando assim uma síntese analítica que aponta alguns cenários de discussão sobre o questionamento central do estudo.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

A presente investigação atende aos princípios e diretrizes da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta os critérios e cuidados para a execução de trabalhos de pesquisas envolvendo seres humanos, e preserva os direitos e deveres da comunidade científica e dos atores envolvidos, assegurando o pleno desenvolvimento do conhecimento científico sem riscos ou danos para os sujeitos. A pesquisa não envolve o contato direto com seres humanos, ocasionando baixo risco para a população, uma vez que a coleta de informações será realizada a partir de dados secundários, disponibilizados pelos bancos de dados do IBGE; DATASUS e documentos complementares, cujo conteúdo encontra-se sob domínio público, com acesso livre *on line*.

As informações produzidas com o trabalho podem contribuir para a formulação de políticas de saúde nas esferas federal, estadual e municipal que visem a minimizar as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, proporcionando benefícios diretos à população através da construção de novas práticas e ações de saúde, em coerência com as necessidades e demandas da população, e atendendo aos princípios do SUS.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo trata da análise e discussão dos dados trabalhados pela pesquisa, obtidos através das sínteses dos documentos (planos de saúde e relatórios de gestão) e do banco de dados do DATASUS, referentes às características dos serviços e dos estabelecimentos que compreendem a atenção básica, tabulados na Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS).

A primeira parte da análise apresenta a capacidade instalada da rede de serviços que compõe a atenção básica, através de um recorte temporal (1998-2005) que compreende o processo de descentralização da saúde no município de Jequié, evidenciando o perfil de distribuição desses estabelecimentos no contexto do sistema de saúde local.

A segunda parte compreende a oferta de serviços de atenção básica no plano municipal, enfatizando o perfil de produção e distribuição das ações de saúde, que perfazem o elenco de atividades mais comuns no âmbito da atenção básica, considerando-se o recorte citado anteriormente. A relação entre oferta e demanda foi contemplada através da produção global dos serviços, visando a analisar a capacidade do sistema local de saúde em atender as necessidades da população.

A terceira parte da análise provoca a discussão sobre a política de recursos humanos para a atenção básica no âmbito do SUS. Essa problemática foi analisada à luz da Pesquisa de Assistência Sanitária através do perfil da força de trabalho que compõe o quadro de profissionais da rede pública municipal. Além disso, a leitura dos documentos possibilitou uma análise sobre a política de formação e valorização dos trabalhadores no contexto de organização dos serviços de atenção básica e as possibilidades de transformação do modelo assistencial através da implantação do PSF.

Na quarta parte, que encerra o capítulo, foi discutida e analisada a organização do fluxo de atendimento da rede de saúde de Jequié, ressaltando-se nesse processo o sistema de referência e contra-referência. Essa dinâmica foi necessária para a ampliação dos objetivos do trabalho, que procurou tomar como objeto de análise a organização da rede básica no município de Jequié. Nesse sentido, considerou-se que a política de atenção básica se insere numa estratégia mais ampla de organização dos serviços em redes de atenção. Embora as fontes de dados não tenham permitido uma análise sobre as características dos serviços de atenção básica, se estão organizados em rede ou não, foi possível estabelecer uma aproximação dessa análise através das informações que evidenciam a organização do fluxo de atendimento.

5.1 CAPACIDADE INSTALADA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM JEQUIÉ-BA: AMPLIAÇÃO DA REDE NO PERÍODO DE 1998 A 2005

Este capítulo corresponde à análise dos estabelecimentos de saúde que compõem a rede básica do município de Jequié-BA, a qual tem importância significativa na capacidade física de produção dos serviços de saúde, representados nesse caso pelos equipamentos assistenciais públicos da rede municipal.

A ampliação da rede básica de serviços foi visualizada a partir da implantação do PSF no município, mas a adequação da oferta-demanda ainda precisa ser elucidada, considerando-se que o ritmo de crescimento dos estabelecimentos da rede básica do referido município manteve-se lento durante todo o período do recorte estudado.

A tabela 1 apresenta a cobertura do PSF no município de Jequié-BA, ao longo de 2000-2005, representando o espaço de inserção do programa no decurso do processo de descentralização da saúde.

Observa-se que a cobertura do PSF manteve-se quase inalterada durante todo o período estudado, com uma variação pouco expressiva nos anos de 2003-2004 e uma considerável ampliação dessa estratégia em 2005.

Assim, a cobertura populacional do PSF no sistema de saúde do referido município atingiu 28,84% da população em 2000, ano que marcou a implantação dessa estratégia, com a manutenção da capacidade instalada de 10 equipes de saúde da família até 2003. A partir desse ano, foram implantadas mais 7 ESF, sendo 1 (uma) em 2003, 1 (uma) em 2004 e 5 equipes em 2005, com uma ampliação da cobertura em 8,56% da população no período de 5 anos.

Entretanto, é necessário questionar se essa ampliação do PSF tem sido capaz de reorientar as ações de saúde do município, possibilitando o acesso a outros níveis de atenção à saúde. Este questionamento se sustenta nos estudos de Nery (2006) que apreende as necessidades de saúde na estratégia de saúde da família no município de Jequié-BA, onde a autora constata que PSF ainda mantém um padrão de oferta focalizado, o que pode ser ainda mais agravado pela insuficiência de serviços da rede local para atender a demanda por serviços de média densidade tecnológica, comprometendo assim, o princípio da integralidade.

Outro questionamento que emerge do contexto da análise dos dados refere-se aos aspectos que estão impedindo a ampliação efetiva do PSF no município, considerando-se que essa era uma prioridade estabelecida pelo gestor municipal como estratégia de organização da

atenção básica, viabilizada pela habilitação do município na gestão plena da atenção básica, em 1999, e na gestão plena do sistema municipal, em 2001.

Nesse sentido, o Doc.1 estabelece como estratégia de transformação do modelo assistencial vigente a reestruturação do PACS e a implantação do PSF de forma progressiva, com a meta de alcançar 16 equipes no período de 04 anos. (JEQUIÉ, 1997). O que deveria ser atingido em 2002 foi concretizado apenas em 2005, quando o PSF do município atingiu 16 equipes.

Tabela 1: Número de Equipes e Cobertura Populacional do PSF em Jequié-BA (2000-2005).

Período	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nº de Equipes	10	10	10	11	12	18
Cobertura Populacional	28,84%	28,84%	28,84%	28,84%	28,84%	42%

Fonte: JEQUIÉ (2001); JEQUIÉ (2002); JEQUIÉ (2003); JEQUIÉ (2004); JEQUIÉ (2005) e JEQUIÉ (2006)

Mendes (2002) apresenta um modelo de análise do processo de implantação do PSF no Brasil, superando a dicotomia predominante na avaliação dessa estratégia organizacional, que reduz essa discussão à constatação ou não da existência do PSF.

Em contrapartida a essa tendência, o autor propõe um modelo analítico composto por quatro momentos diferentes: o momento de transição incipiente, o momento de transição intermediária, o momento de transição terminal e o momento de consolidação do PSF.

Nesse contexto, o momento de transição incipiente representaria uma cobertura compreendida entre 10 a 25%, o que resultaria numa grande instabilidade e baixa legitimidade institucional. A transição intermediária ilustraria uma cobertura entre 25 a 50% da população, ainda representando uma pequena institucionalização. A transição terminal seria definida em função de uma cobertura de 50 a 70% e com relativa legitimidade institucional. E por fim, a consolidação do PSF ocorreria quando houvesse um alcance de mais de 70% de uma dada população, sobre a qual existisse uma grande institucionalização do programa no interior da arena sanitária (MENDES, 2002).

O modelo explicativo de Mendes é elucidativo na priorização da cobertura - representada pela “dimensão horizontal de extensão” - como critério de análise da inserção e evolução do PSF nos espaços de gestão da atenção à saúde, independente da esfera de governo ao qual pertença (municipal, estadual ou federal).

Entretanto, para o autor, esse modelo de análise não se esgota na concepção de um critério numérico estabelecido pela quantidade de equipes implantadas, que correspondem a

uma determinada cobertura populacional; mas incorpora a complexidade social, política e simbólica do cenário que envolve a atenção básica, concebida como “dimensão vertical de profundidade”, que evidencia a existência de uma dinâmica de institucionalização do PSF no interior dos espaços sociais (político, dos serviços de saúde, educacional, corporativo e de representação da população).

Ao analisar a implantação do PSF no município de Jequié-BA, tomando-se como eixo orientador o modelo explicativo proposto por Mendes (2002), é concebível admitir que atualmente a composição do PSF no sistema local de saúde encontra-se no momento de transição intermediária, à medida que a última cobertura registrada aponta uma taxa menor do que 50%.

Essa fase de implantação revela o longo caminho que o sistema local de saúde do município precisa percorrer a fim de consolidar o PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial e como principal estratégia de organização dos serviços de atenção básica; tendo em vista que o PSF foi incorporado ao discurso dos gestores e encontra legitimidade social nas arenas decisórias de participação social (conselhos e conferências de saúde) e nos espaços de produção de conhecimentos.

Nessa direção, a consolidação do PSF no processo de organização local da atenção básica poderia ocorrer através de um esforço dirigido em dois sentidos: um que implica lutas cotidianas capazes de incorporar a participação de diversos atores sociais (estudantes, usuários, trabalhadores de saúde), para que se possa legitimar os anseios da população pela ampliação do PSF como garantia de atendimento à demanda por serviços básicos de saúde, e outro que, partindo da vontade política dos gestores, possa dar seguimento à implantação e implementação do PSF como política estratégica de concretização do direito de acesso ao SUS, viabilizando esse espaço como principal “porta de entrada” no sistema público de saúde.

Giovanella, Escorel e Mendonça (2003) investigaram a constituição do PSF como “porta de entrada” no sistema de saúde, apontando nesse processo de conformação os seguintes requisitos: a acessibilidade do PSF para a população, a procura regular pelos serviços ofertados e a percepção dos profissionais sobre essa estratégia enquanto ponto de entrada ao sistema de saúde.

O estudo das autoras evidenciou que a existência do PSF não é suficiente para imprimir uma nova orientação do modelo de atenção à saúde, ou até mesmo sugerir essa estratégia como “porta de entrada” no sistema, embora a presença das equipes possa gerar mudanças que caminhem nessa direção.

No caso do município de Jequié, a implementação do PSF, considerada em seu momento incipiente, com uma cobertura de 42% da população, dificilmente teria possibilidade de se constituir como “porta de entrada” principal do sistema, ainda que se admita a insuficiência de estudos capazes de fundamentar essa afirmação.

A existência de uma extensa rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, a centralidade do hospital público de porte regional e a rede conveniada privada concorrem com o PSF de Jequié, diminuindo a predominância dessa estratégia como principal espaço de atenção e de organização do fluxo de atendimento. Dados do DATASUS (BRASIL, 2006) confirmam essa análise ao constatar que a produção ambulatorial básica do hospital e do setor privado no referido município representou 39,81% do total registrado em 2006.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos estabelecimentos de saúde do município de Jequié, conforme tipo e quantidade a partir de 1998, quando o município deu início ao processo de municipalização dos serviços, até 2003, ano que representa a última fonte de dados disponíveis no sistema DATASUS.

Tabela 2: Rede de Atenção Básica à Saúde em Jequié-BA (1998-2003)

Tipo Unidade	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	1	4,5	2	7,1	15	48,4	15	48,4	15	48,4	15	40,5
Centro de Saúde	21	95,5	26	92,9	7	22,6	6	19,4	5	16,1	5	13,5
Policlínica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2	7	18,9
Unidade de Saúde da Família	0	0,0	0	0,0	9	29,0	10	32,3	10	32,3	10	27,0
Total	22	100	28	100	31	100	31	100	31	100	37	100

Fonte: DATASUS (BRASIL, 2006).

O perfil dos estabelecimentos de saúde descrito na Tabela 2 revela que no final da década de 90 (1998), quando foi impulsionada a municipalização dos serviços de saúde do município, a rede básica de serviços contava com 22 unidades, com uma predominância quase majoritária dos Centros de Saúde sobre os demais tipos de unidades. Nesse período, 95% da capacidade instalada da rede básica de saúde foi classificada como Centros de Saúde e apenas 4,5% foram definidos como Postos de Saúde.

Esse quantitativo expressivo de Centros de Saúde no início do recorte estudado revela a existência de uma capacidade instalada bem significativa para o período, considerando-se a complexidade desses estabelecimentos que, conforme relata Elias (1999), compõem uma equipe multiprofissional, incluindo trabalhadores de nível superior, e atuam nos níveis

primários e secundários do sistema de atenção. Entretanto, o número quase insignificante de Postos de Saúde existentes na rede revela um quadro bastante incomum nos sistemas municipais de saúde.

Nesse cenário, questiona-se a precisão dessas informações, de onde se supõe a possibilidade de ter havido uma confusão na classificação da rede básica do município, com a inclusão de algumas unidades que detêm características organizacionais de Postos de Saúde na descrição quantitativa do conjunto de Centros de Saúde. Essa discussão, entretanto, indica a necessidade de estudos mais direcionados, tendo em vista o aprofundamento da análise sobre a conformação dessas unidades no referido período.

A Tabela 2 revela ainda que houve um incremento de 68,2% do número total de unidades na rede básica, no decurso de 1998 até 2003, com uma participação maior desse crescimento do número de Postos de Saúde, Unidades de Saúde da Família (USF) e Policlínicas de Saúde. Do total de estabelecimentos existentes em 2003, 40,5% eram Postos de Saúde, 13,5% Centros de Saúde, 18,9% Policlínicas e 27% eram unidades de USF.

Em 2003 evidencia-se, na Tabela 1, o predomínio dos Postos de Saúde como espaço que representa o maior número de unidades de saúde, contemplando 40,5% de todas as unidades registradas naquele ano.

De acordo com o doc. 8, em 2005 ainda existiam no município de Jequié 21 Postos de Saúde para um total de 43 unidades, o que traduz um cenário bastante semelhante àquele registrado em 2003.

Nesse sentido, o perfil dos estabelecimentos da rede pública da atenção básica de Jequié vai se configurando como espaço predominantemente de atenção primária seletiva, na medida em que essa rede é composta em sua maioria por Postos de Saúde, os quais incorporam procedimentos que exigem baixa qualificação profissional e baixo custo.

Elias (1999), em estudo que realizou sobre a estrutura dos serviços de atenção em saúde no Brasil, acrescenta a essa análise que a partir do desenho organizacional da rede de estabelecimentos de saúde, é possível deduzir que o padrão de distribuição de serviços de saúde para o setor público foi se constituindo de forma excludente e iníqua, reproduzindo uma lógica do Estado em responsabilizar-se por estabelecimentos que ofertam serviços de baixo custo, voltados para a atenção primária, enquanto que o setor privado assume as ações mais especializadas.

O registro de 7 policlínicas na rede pública de saúde de Jequié em 2003, pela Pesquisa de AMS, também precisa ser elucidada à luz do contexto sanitário vivenciado pela população do referido município, até mesmo porque esses estabelecimentos de saúde, na análise de Elias

(1999), ofertam ações ambulatoriais especializadas no nível secundário e, embora estejam concentradas em municípios de médio e grande porte, são mais comuns em regiões economicamente mais desenvolvidas.

Quando se compara a distribuição dos estabelecimentos de saúde de Jequié-BA com a Macrorregião Sul, conforme análise da Tabela 3 verifica-se que essa região sanitária teve melhor desempenho na ampliação da rede de Postos de Saúde e de USF do que o município de Jequié, que, por sua vez, avançou consideravelmente no número de Policlínicas.

O incremento de unidades da rede básica da Macrorregião Sul no período foi de 68,2%, um desempenho quase semelhante ao registrado por Jequié-BA. Porém, esse incremento teve sua maior ampliação através da implantação das equipes de saúde da família, que passaram a representar 28,9% do total dos estabelecimentos que faziam parte da rede em 2003.

Observa-se que tanto na Macrorregião Sul quanto no município de Jequié-BA, além da ampliação da rede pela aquisição de novas unidades básicas, ocorre uma transferência de estabelecimentos, que passaram a assumir novas responsabilidades. Esse movimento foi representado pela incorporação dos Centros de Saúde à Estratégia de Saúde da Família, que passou a ocupar esses espaços e a se responsabilizar pela organização dos serviços até então ofertados pelos respectivos Centros de Saúde.

Tabela 3: Distribuição e Comparação das Unidades de Atenção Básica à Saúde da Macrorregião Sul com o Município de Jequié-BA (1998-2003).

TIPO DE UNIDADE	Espaço geográfico	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Posto de Saúde	Jequié	1	4,5	2	6,9	15	48,4	15	46,9	15	45,5	15	39,5
	Macro Sul	114	35,6	144	37,5	191	44,2	196	43,4	169	36,5	194	36,6
Centro de Saúde	Jequié	21	95,5	26	89,7	7	22,6	6	18,8	5	15,2	5	13,2
	Macro Sul	176	55,0	202	52,6	177	41,0	166	36,7	147	31,8	137	25,9
Policlínica	Jequié	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0	7	18,4
	Macro Sul	15	4,7	18	4,7	11	2,6	13	2,9	14	3,0	17	3,2
Unidade de Saúde da Família	Jequié	0	0,0	0	0,0	9	29,0	10	31,3	10	30,3	10	26,3
	Macro Sul	0	0,0	0	0,0	22	5,1	42	9,3	102	22,0	153	28,9
Unidades não Especificada	Jequié	0	0,0	1	3,4	0	0,0	1	3,1	2	6,1	1	2,6
	Macro-Sul	0	0,0	1	0,3	11	2,6	16	3,5	15	3,2	12	2,3

Fonte: DATASUS (BRASI, 2006).

A Tabela 3 revela ainda que, a partir de 2000, a Macrorregião Sul teve uma ampliação significativa do número de equipes de saúde da família, com uma evolução progressiva até

2003. Em 2000 foram implantadas 22 ESF na Macrorregião Sul. Em 2001, 42 ESF; em 2002, 102 ESF, enquanto que em 2003, esse número foi ampliado para 153 ESF. Nesse mesmo período, o quadro de ESF de Jequié-BA manteve-se inalterado com um padrão de 10 USF.

Assim, o recorte histórico evidencia o impacto que o processo de municipalização dos serviços de saúde imprime na organização da atenção básica, sobretudo induzindo a ampliação da capacidade instalada da rede, através da transferência de unidades de saúde para os municípios e do apoio à criação de novas unidades.

Oliveira e Moysés (2000), em estudo que analisa a capacidade instalada, a força de trabalho e os empregos na saúde no decurso do processo de municipalização no país, salientam que o impacto desse processo é maior no setor público, à medida que a transferência de atribuições e responsabilidades pelas ações de saúde ocorre entre as esferas de governo no âmbito do SUS, o que resulta na ampliação da rede municipal, ao mesmo tempo em que as redes estadual e federal diminuem sua participação sobre o conjunto de estabelecimentos existentes.

Os autores constataram ainda que o setor público municipal na década de 90 expandiu sua capacidade instalada em 13%, passando a absorver 92% dos serviços existentes. Essa expansão manteve-se presente na década seguinte com a implementação de estratégias de organização da gestão da atenção à saúde, no decorrer do processo de descentralização das ações de saúde, tendo em vista a concretização das diretrizes estabelecidas pelo SUS.

Bodstein (2002) alerta para esse processo de descentralização acelerada, o que resulta em vários arranjos de organização dos sistemas locais de saúde, estabelecidos não apenas em função dos aspectos sócio-econômicos, mas também por imposição do jogo político local.

De fato, as experiências possibilitadas pela descentralização com a transferência da capacidade instalada para os sistemas locais de saúde têm permitido identificar um conjunto de experiências bem sucedidas de gestão dos serviços de saúde, que apontam para uma melhoria do desempenho gerencial e da responsabilização social como ferramentas de fortalecimento do SUS, no âmbito municipal.

Porém, essa descentralização em direção aos municípios nem sempre resulta numa organização gerencial compatível com uma distribuição equitativa das ações e serviços de saúde, porque o cenário político que envolve o acesso a esses serviços está delimitado pela disputa do poder local, que interfere diretamente no ritmo de organização do sistema de saúde, antecipando decisões e deliberações que por esse motivo se tornam ineficientes. Isso ocorre quando os municípios procuram habilitar-se na gestão plena do sistema municipal sem concluírem o processo de implementação da gestão plena da atenção básica.

5.2 A OFERTA DE SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DE JEQUIÉ-BA

A proposta de discussão da oferta de serviços de saúde no âmbito da atenção básica procurou enfatizar a produção desses serviços na rede pública do sistema municipal, evidenciando suas características e sua distribuição por categorias de profissionais de saúde, de nível básico e de nível superior. Essa análise estabeleceu um recorte temporal de 1998-2005, tomando-se como referência o processo de descentralização dos serviços de saúde que teve forte impulso nesse período.

A Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS) forneceu informações referentes à produção de procedimentos realizados por profissionais de nível médio, tais como nebulização, curativo, vacinação, visitas domiciliares, administração de medicamentos e educação em saúde. Para os profissionais de nível superior foram coletadas informações sobre a produção de consultas, procedimentos e visitas domiciliares por categoria profissional (médico, enfermeiro, odontólogos e outros profissionais de nível superior).

Os documentos foram organizados e classificados em núcleos de sentidos, conforme referido na metodologia. Tomando-se a oferta de serviços como um desses núcleos, foram sintetizados todos os documentos, procedendo-se uma síntese horizontal final que permitiu o estabelecimento de convergências e divergências.

Assim, para os planos de saúde do primeiro período (1998-2002), do segundo período (2002-2006), e os relatórios de gestão (2000, 2001, 2002, 2003, 2004 e 2005), foram sintetizadas as informações contidas em cada documento referentes à oferta de serviços. As sínteses horizontais destes documentos estão demonstradas nos Quadro 3 (Planos Municipais de Saúde) e Quadro 4 (Relatórios de Gestão), que constam a seguir:

Quadro 4: Síntese horizontal dos Planos Municipais de Saúde referentes à oferta de serviços na atenção básica

NÚCLEO DE SENTIDO	DOCUMENTO 1: PLANO DE SAÚDE 1998-2002.	DOCUMENTO 2: PLANO DE SAÚDE DE 2002-2006.
Oferta	<p>Propõe a ampliação da cobertura do PACS; ações dos centros de saúde e postos de saúde; implantação do PSF, com estimativas de 16 ESF para o período de 4 anos. Ampliação da cobertura do Paim, com o aumento de cobertura do pré-natal e garantia de no mínimo 3 consultas pré-natais a 100% das gestantes. Atenção à saúde do idoso, através da implantação e implementação das atividades de controle de DM e HÁ em todos os centros e postos de saúde da rede. Atenção do adolescente, através da implantação do programa de atenção ao adolescente num centro de saúde de referência. Atenção à saúde mental, através do estabelecimento de um centro de saúde como unidade de referência em atenção à saúde mental. Atenção aos portadores de deficiência pela promoção de ações a grupos prioritários. Atenção à saúde bucal pela cobertura de bochechos fluorados em 100% da população e fluoretação no serviço de abastecimento de água. Controle de DT. Implementação do programa de planejamento familiar pelo estabelecimento de um centro de saúde como referência em PF. Implementação de ações de combate a doenças transmissíveis pelo aumento de cobertura da vacinação para 100% da população e ampliação das estratégias de notificação, investigação e busca ativa dos casos.</p>	<p>Propõe a garantia da oferta de serviços de atenção integral a gestante e a criança. Manutenção da cobertura de vacinação de crianças e idosos. Implementação dos programas de combate às endemias e doenças transmissíveis. Implantação de ações de combate a DST/AIDS. Implementação de ações de diagnóstico e tratamento de HA e DM. Ampliação de ações de combate ao câncer cérvico-uterino. Implementação das ações de saúde bucal. Implementação de ações de controle da mortalidade por causas externas (central de leitos, UTI). Aumento da oferta de consultas médicas nas especialidades básicas. Implantação do PROSAD em 100% dos Centros de Saúde. Implantação do programa de atenção integral à saúde do idoso e mental. Aumento da oferta de serviços de média complexidade pela criação do centro de referência municipal para a média complexidade. Garantia do acesso dos usuários ao tratamento fora do domicílio. Ampliação da oferta de procedimentos odontológicos e coletivos na faixa etária de 0 a 14 anos.</p>

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

DM – Diabetes Mellitus.

DT – Doenças Transmissíveis.

HA - Hipertensão Arterial.

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

PF – Planejamento Familiar.

DST – Doença Sexualmente Transmissível

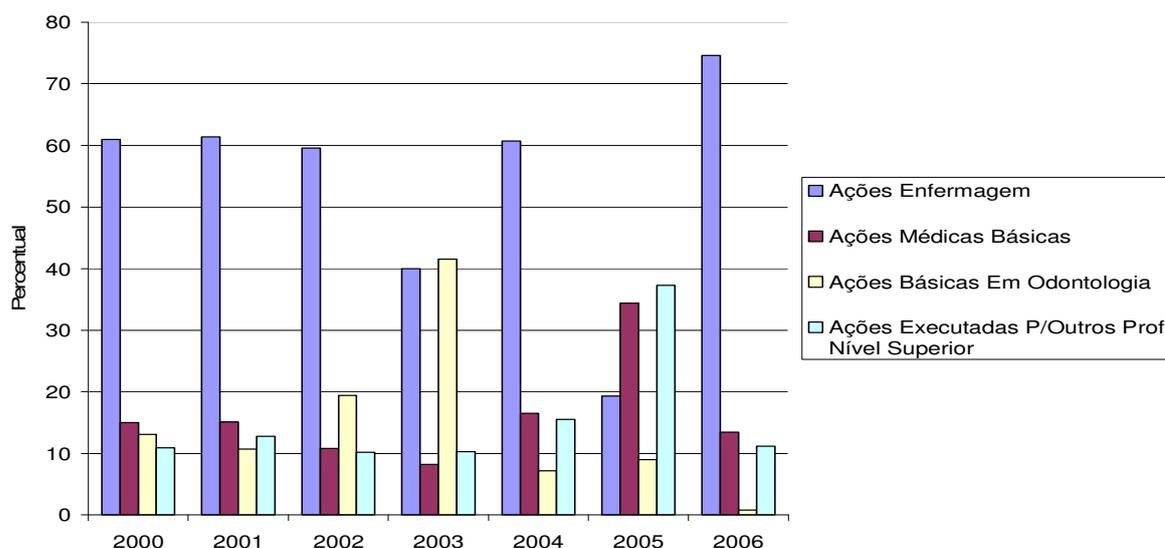
PROSAD – Programa de Atenção à Saúde do Adolescente

Quadro 05: Síntese horizontal dos relatórios de gestão referente à Oferta de Serviços na Atenção Básica

NÚCLEO DE SENTIDO	DOCUMENTO 1: RELATÓRIO DE GESTÃO - ANO 2000	DOCUMENTO 2: RELATÓRIO DE GESTÃO - ANO 2001	DOCUMENTO 3: RELATÓRIO DE GESTÃO - ANO 2002	DOCUMENTO 4: RELATÓRIO DE GESTÃO - ANO 2003	DOCUMENTO 5: RELATÓRIO DE GESTÃO - ANO 2004	DOCUMENTO 6: RELATÓRIO DE GESTÃO - ANO 2005
Oferta	Implantação de 1 ESF. Melhoria da cobertura vacinal (13% em relação ao ano anterior). Implantação o PROSAD em duas ESF. Implantação do programa DST-AIDS no CSAL. Em relação às atividades programadas foi alcançada 65% da meta de cobertura de consultas médicas, 99% dos procedimentos odontológicos, 53,89% das consultas de enfermagem, 52,98% das consultas da assistência social e de psicologia, 185% das consultas de nutrição e 112% dos procedimentos laboratoriais. Campanhas de vacinação: infantil e idoso.	Persiste a oferta de ações programáticas em especialidades básicas nas áreas: atenção à saúde da criança, atenção à saúde da mulher, atenção saúde do adulto, saúde do adolescente, saúde do trabalhador, expresso saúde, atenção saúde bucal, atenção à saúde mental e reabilitação de portadores de deficiência. A produção dos serviços de atenção básica contemplou 71,67% do programado para consultas médicas e 88,94% para as consultas de enfermagem.	Realização de 40% das consultas básicas programadas em 2002. Os serviços de atenção básica foram distribuídos em: saúde da criança saúde da mulher, atenção à saúde do adulto, atenção a saúde bucal, atenção a saúde do adolescente, expresso saúde e saúde da família. Implantação dos seguintes serviços: ultra-sonografia, eletrocardiograma, prevenção de DSTs em profissionais do sexo.	Oferta de Ações Programáticas, contemplando grupos com maior risco de adoecer: criança (vigilância nutricional, imunização, atenção a doenças típicas da infância, mulher (pré-natal, prevenção de câncer de colo de útero e planejamento familiar), adulto (controle da HÁ, controle de DM, controle da TP, eliminação de HÁ) Atenção à saúde bucal. Atenção à saúde do adolescente. Atenção à saúde mental (CAPS). Atenção a DST e AIDS, obedecendo às recomendações da NOAS 2001\02.	Oferta de ações programáticas a partir de grupos específicos: criança, mulher, adulto. Atenção aos portadores de diabetes, de tuberculose, de hanseníase. Atenção à saúde bucal. Atenção à saúde do adolescente. Além de procedimentos que compõe o elenco da atenção básica ampliada, obedecendo as recomendações da NOAS. Há oferta de ações básicas nas unidades móveis, denominadas de Expresso Saúde.	Ações programáticas com prioridade para grupos específicos: saúde da criança (vigilância nutricional, imunização, doenças típicas da infância), saúde da mulher (pré-natal, prevenção de câncer de colo de útero e planejamento familiar). Ações de Controle da Hipertensão Arterial. Ações de controle da Diabetes mellitus. Controle da tuberculose. Eliminação da hanseníase. Atenção a Saúde do Adolescente. Atenção a Saúde Bucal e Saúde Escolar.

A análise sobre a oferta de serviços de atenção básica em Jequié-BA revela um cenário que oscila consideravelmente quando esses serviços são distribuídos por categorias ou segmentos profissionais. Nesse contexto, a partir do Gráfico 1, considerando-se o recorte temporal de 2000-2006, é possível identificar que a produção de serviços no referido município possui um padrão de distribuição quase inalterável para as ações médicas básicas, com picos de produção para as ações de odontologia em 2003 e de enfermagem em 2005.

Gráfico 1: Oferta de Serviços da Rede Básica de Jequié-BA (2000-2006)



Fonte: DATASUS, 2006.

O Gráfico 1 revela o predomínio absoluto do padrão de produção das ações de enfermagem sobre as ações de odontologia, ações médicas básicas e ações desenvolvidas por outros profissionais de nível superior. Em 2003, ocorreu um aumento de produção para as ações de odontologia, que passou a representar mais de 40% das ações produzidas. Em 2006, essa elevação atingiu as ações de enfermagem, que alcançaram sua maior marca de produção, representando quase 80% de todas as ações produzidas até o momento da coleta, apesar de não terem sido disponibilizadas junto ao DATASUS todas as informações da rede municipal, sobretudo quando se considera que ainda encontra-se em exercício o registro e a produção dessas atividades que não foram concluídas.

Apesar do processo de municipalização ter viabilizado a ampliação da oferta de serviços básicos de saúde para os municípios que implementaram o SUS, a análise do Gráfico 1 revela que a produção das ações médicas básicas não sofreu qualquer alteração significativa nesse período, mantendo-se num patamar de quase 20% sobre o total de ações realizadas em 2000, no início do recorte, e em 2006, no final do recorte.

Nesse contexto, o melhor resultado da participação das ações médicas sobre o conjunto ocorreu em 2005, quando esse percentual atingiu quase 30% do total da oferta verificada no referido recorte temporal apresentado.

As ações realizadas por outros profissionais de nível superior também registraram uma alteração pouco expressiva, com exceção de 2005, quando essas atividades correspondiam a quase 40% do total realizado.

As ações de odontologia registraram uma retração progressiva a partir de 2003, quando esse percentual representava mais de 40%, sofrendo uma queda abrupta em 2006, quando passou a representar menos de 5% do total das ações realizadas. Em 2000 essa participação representava mais de 10% das ações.

Assim, a dinâmica de utilização dos serviços básicos de saúde no município de Jequié ocorre, com exceção das ações de enfermagem, em descompasso com o processo de descentralização dos serviços viabilizados pelo SUS, à medida que a transferência dos estabelecimentos de saúde e dos recursos financeiros para os municípios deveria possibilitar uma maior capacidade de garantia de acesso pela população, ao menos, às ações que compõem o elenco de serviços da atenção básica.

Entretanto, Hortale, Pedrosa e Rosa (2000) advertem que a viabilidade de recursos que possibilitem a disponibilidade de serviços para a população nem sempre se traduz em utilização dessas ações pela população, pois existem outros obstáculos que os usuários enfrentam para fazer uso de um determinado serviço que não se limitam à garantia de oferta pelo setor público.

Esses obstáculos constituem o cenário que Giovanella e Fleury (1995) denominaram de barreiras econômicas, políticas e geográficas que precisam ser superadas para que a organização do sistema de saúde possa contemplar o acesso da população a esses serviços, além de viabilizar o princípio da equidade que tem a prerrogativa de instituir a igualdade no acesso e na utilização do sistema de saúde pelo conjunto da sociedade brasileira.

Ainda que as informações reveladas pelo gráfico não possibilitem uma leitura mais ampla, capaz de sugerir uma análise detalhada sobre os determinantes que limitam a utilização das ações disponibilizadas pelo DATASUS, é possível considerar os condicionantes sociais como um fator relevante nesse processo, o que pressupõe a existência de desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde que ocorre na contramão das demandas da população, conforme vêm sendo denunciadas por estudos como de Lima et al (2002) que apontam dificuldades em acessar e utilizar os serviços, justamente para os grupos que apresentam maiores necessidades de saúde.

A estratificação das consultas médicas por especialidades básicas, retratadas na Tabela 4, permite a visualização do perfil de oferta desses serviços no sistema municipal de saúde de Jequié-BA.

É possível constatar que as consultas realizadas por profissionais médicos na especialidade de clínica médica representam o maior potencial de oferta em âmbito municipal, com uma participação sobre o total que variou de 48,2% em 2000 para 40% em 2005.

As consultas em pediatria tiveram uma oscilação moderada, representando a segunda posição no quadro de oferta de consultas básicas realizadas pelo município, com percentual que variou de 29% em 2000 para 33,7% em 2005. A oferta de consultas em gineco-obstetrícia teve a maior variação no conjunto desses serviços, com uma diminuição significativa da produção ambulatorial em 2001, teve uma recuperação progressiva até 2005, quando ocupou a proporção de 15,6% do total de consultas médicas realizadas no referido município.

As consultas em gineco-obstetrícia constituíram o menor percentual de oferta do total de consultas ofertadas nas especialidades médicas básicas entre 2000 e 2005, com percentuais que oscilaram de 9,1% em 2000 para 8,7% em 2005. Nesse período a maior participação das consultas em gineco-obstetrícia ocorreu em 2003, com o registro de 20,5% sobre o total de consultas médicas básicas realizadas naquele ano.

As consultas em ginecologia representaram o terceiro maior potencial de oferta sobre o conjunto das consultas médicas básicas realizadas no período descrito na Tabela 4, com percentuais que variaram entre 13,5% em 2000 e 15,6% em 2005, sendo que a maior variação negativa ocorreu em 2001, quando essa especialidade médica participou com 8,1% do total de consultas realizadas.

Tabela 4: Percentual de Consultas por Especialidade Médica em relação ao total de Consultas realizadas na rede básica pública de Jequié-BA (2000-2005).

CONSULTAS MÉDICAS POR ESPECIALIDADES	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Consulta em clínica médica	48,4%	54,5%	50,9%	38,5%	48,5%	40%
Consulta em gineco-obstetrícia	9,1%	16,5%	15,4%	20,5%	7,1%	8,7%
Consulta em ginecologia	13,5%	8,1%	14,1%	14,7%	15,5%	15,6%
Consulta em pediatria	29,0%	20,8%	19,6%	26,3%	28,9%	33,7%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: DATASUS (BRASIL, 2006).

O cenário apresentado na Tabela 4 define o padrão de distribuição de serviços médicos, reproduzindo a mesma lógica da oferta de ações de saúde a grupos prioritários, definidos como critérios de acompanhamento e avaliação do sistema de atenção da rede básica dos serviços na esfera municipal.

É necessário salientar que, no âmbito da organização dos serviços das unidades de saúde, as consultas em clínica médica priorizam o atendimento de atenção e controle da Diabetes, Hipertensão Arterial, Hanseníase e Tuberculose, além de uma extensa demanda de serviços médicos que podem ser resolvidos por um profissional generalista. As consultas em gineco-obstetrícia atendem as demandas de mulheres em condições gestacionais que implicam a assistência pré-natal e o puerpério. As consultas em ginecologia respondem a um conjunto de necessidades de saúde das mulheres que compreendem o planejamento familiar, a prevenção ao câncer de colo de mama e a detecção precoce do câncer de útero. Em pediatria, as consultas médicas correspondem ao atendimento dos serviços de crescimento e desenvolvimento das crianças e atenção às doenças típicas da infância.

Na prática, a conformação da oferta de consultas médicas da rede básica de saúde de Jequié possui uma relação concreta com os programas verticais de saúde pública que, de acordo com Teixeira (2003), foram definidos pelo nível central de governo como pacotes tecnológicos de serviços a serem incorporados no interior dos estabelecimentos públicos de saúde, sem qualquer análise crítica da viabilidade dessas ações nos diferentes contextos locais de saúde.

A autora destaca as Ações Programáticas de Saúde como modelo tecno-assistencial, que teve como proposta a superação dos programas especiais de saúde pública, ao incorporarem a epidemiologia crítica como ferramenta de reflexão sobre a programação em saúde, a partir das necessidades sociais de saúde que servem de parâmetro para a definição dessas ações programáticas (TEIXEIRA, 2003).

A Tabela 5 representa a distribuição de consultas básicas realizadas pela rede de serviços no município de Jequié, no período compreendido entre 2000 a 2005, destacando a produção desses serviços entre profissionais médicos e enfermeiros.

Observa-se que em 2000 as consultas básicas realizadas por profissionais médicos representavam 30,2% do total de consultas produzidas naquele período, enquanto que as consultas de enfermagem respondiam por 69,8% dessas consultas no mesmo ano.

Quando são analisados os números absolutos da Tabela, constata-se que a redução da participação das consultas médicas sobre o total de consultas produzidas entre os profissionais médicos e enfermeiros sofreu uma redução bastante expressiva entre os anos 2000 e 2005. Em

2000, a produção de consultas médicas atingiu o patamar de 136.560 consultas. Em 2005, essa produção diminuiu para 115.403 consultas.

Durante o recorte temporal, foi verificado um aumento significativo na participação das consultas de enfermagem sobre o conjunto de consultas produzidas pela rede assistencial do município de Jequié, o que resultou numa proporção de 76,5% das consultas realizadas em 2005. Em consequência dessa dinâmica, as consultas médicas básicas tiveram sua participação reduzida para 26,5% no referido ano.

Entre os anos 2000 e 2005 houve um incremento expressivo de 59.195 consultas de enfermagem na rede básica de atenção à saúde de Jequié (BA), constituindo um cenário que traduz a ampliação da oferta dessas consultas a partir da ampliação do PSF no município, onde foram implantadas 18 ESF, atingindo uma cobertura de 42% da população.

Desse modo, a experiência da descentralização dos serviços de saúde no sistema público municipal de Jequié-BA, iniciado ao longo da década de 90 e em fase de implementação durante todo o período do recorte temporal, revela que a oferta de consultas de enfermagem teve maior incremento - entre os anos 2000 e 2005 - do que a oferta de consultas médicas, ainda que a dinâmica de serviços médicos tivesse sido crescente, sobretudo quanto às especialidades de maior densidade tecnológica, conforme enfatiza Nery (2006).

Tabela 5: Distribuição de consultas básicas por médicos e enfermeiros (2000-2005)

CONSULTAS ANO		CONSULTAS MÉDICAS	CONSULTAS DE ENFERMAGEM	TOTAL
2000	N	136.560	316236	452.796
	%	30,2	69,8	100
2001	N	111.163	309503	420.666
	%	26,4	73,6	100
2002	N	107.372	315572	422.044
	%	25,4	74,6	100
2003	N	106.022	331996	438.018
	%	24,2	75,8	100
2004	N	102.279	283635	385.914
	%	26,5	73,5	100
2005	N	115.403	375431	490.834
	%	23,5	76,5	100

Fonte: DATASUS, 2006.

Embora os dados acima não sejam capazes de sugerir a ocorrência de demanda reprimida para consultas médicas básicas no âmbito municipal, a situação ilustrada pela

Tabela 4 demonstra que a evolução da produção dessas consultas ao longo de 2000 até 2005 foi pouco expressiva se forem consideradas, não somente, a relação estabelecida entre essas ações e as ações de enfermagem, mas também a produção absoluta dessas consultas que sofreram uma diminuição progressiva no período estudado.

Entretanto, esses dados são insuficientes para avaliar os determinantes que interferem nas limitações da oferta de ações médicas no referido município, lacuna que pode ser preenchida através de outros estudos que possam avaliar a gestão da oferta e as concepções dos usuários, a fim de que se possa apresentar uma análise mais consistente.

A Tabela 6 apresenta as informações sobre a produção dos serviços desenvolvidos por profissional de nível médio, no município de Jequié-BA, revelando a proporção dos principais procedimentos realizados por este segmento profissional.

Assim, foi constatado que a aplicação de vacinas representa a maior proporção de ações desenvolvidas em relação ao conjunto dos procedimentos disponibilizados para a população. Entretanto, não houve registro desse procedimento junto ao DATASUS em 2004 e 2005, o que denuncia a ocorrência de sub-registro dessas informações, visto que as atividades de vacinação fazem parte da rotina e do calendário anual das unidades básicas de saúde do referido município. A realização de curativos também representa uma participação bastante relevante, com um percentual que oscilou de 29,6% em 2000 para 48,2% do total de procedimentos realizados em 2005.

A administração de medicamentos para pacientes portadores de Tuberculose teve uma participação pouco expressiva entre os procedimentos descritos na Tabela 6, sobretudo a partir de 2001 quando houve uma redução progressiva desse tipo de serviço de saúde, o que pode ser justificado pela transformação do perfil epidemiológico da população de Jequié (BA), diminuindo a demanda por estes serviços.

As atividades de inalação/nebulização aumentaram sua participação sobre o conjunto dos procedimentos realizados, passando de 5,1% em 2000 para 8,8% em 2005. Apesar desse aumento percentual, houve uma diminuição do número absoluto desses procedimentos no mesmo período.

As atividades de educação em saúde na comunidade e nos estabelecimentos de saúde tiveram um incremento nesse período, porém os dados da Tabela permitem supor que, no município de Jequié-BA, ainda persiste uma lógica de produção de serviços, centrada nas ações curativas em detrimento das atividades preventivas e promocionais.

Tabela 6: Oferta de Serviços de nível médio da rede básica de Jequié-BA (1998-2005).

SERVIÇOS DE NÍVEL MÉDIO	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aplicação de vacinas	5.058	39,6	4.674	34,6	4.895	49,1	5.818	40,0	0	0,0	0	0,0
Administração de medicamentos	1.795	14,1	2.287	16,9	1.246	12,5	2.734	18,8	1.687	42,2	2.416	36,6
Administração medicamento p/ tuberculose	64	0,5	198	1,5	78	0,8	125	0,9	0	0,0	1	0,0
Curativo	3.772	29,6	3.401	25,2	2.965	29,7	4.698	32,3	1.753	43,8	3.185	48,2
Inalação / Nebulização	653	5,1	698	5,2	421	4,2	573	3,9	365	9,1	578	8,8
Educação em Saúde na Comunidade	6	0,0	11	0,1	70	0,7	25	0,2	1	0,0	108	1,6
Educação em Saúde no Estabelecimento	108	0,8	108	0,8	67	0,7	66	0,5	10	0,2	237	3,6
Visita domiciliar	1.308	10,2	2.121	15,7	228	2,3	498	3,4	186	4,6	79	1,2
Total	12.764	100	13.498	100	9.970	100	14.537	100	4.002	100	6.604	100

Fonte: DATASUS, 2006.

A administração de medicamentos e as visitas domiciliares representam quase 25% do total de procedimentos realizados em 2003, oscilando para quase metade desses procedimentos em 2005. A elevação progressiva da participação dessas ações sobre o conjunto também foi impulsionada pelo aumento absoluto do número de atividades que registraram a produção máxima em 2003, com a realização de 2743 administrações de medicamentos. Nesse ano, também foi registrada uma elevação significativa do número de curativos realizados.

Nota-se que a partir de 2001 ocorre uma diminuição progressiva do número de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de nível médio, com alteração significativa da representação dessas atividades sobre o total de atividades realizadas por estes profissionais, passando a responder por 1,2% destas atividades em 2005; enquanto que em 2001, atingiu a proporção máxima quando essas atividades representavam 15,7% de todas as atividades desenvolvidas pelo segmento profissional referido.

Embora não seja possível estabelecer os determinantes que justificam essa diminuição progressiva na proporção de visitas domiciliares realizadas por profissionais de nível médio a partir de 2001, esse cenário aponta para a coexistência de um modelo de atenção centrado nas atividades curativas em detrimento das atividades promocionais. Essa situação é agravada pela baixa cobertura do PSF, cujo modelo de intervenção, conforme enfatizam Macinko,

Almeida e Oliveira (2003), incorpora em suas dimensões a orientação para a comunidade e a centralidade na família.

Em estudo realizado por estes autores enfocando as dimensões da atenção básica no município de Petrópolis-RJ, foi constatado que as unidades do PSF, entre outros aspectos, oferecem mais visitas domiciliares e realizam mais trabalhos intersetoriais na comunidade do que as unidades tradicionais, representadas pelos Postos e Centros de Saúde.

Entretanto, mesmo diante da análise deste estudo, não é possível estabelecer quais aspectos estão relacionados à diminuição do número absoluto de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de nível médio no sistema local de saúde do município de Jequié-BA, visto que a cobertura do PSF manteve-se estável neste município, ou até mesmo, foi ampliada durante o recorte temporal apresentado.

A produção de serviços odontológicos realizado pelo município de Jequié-BA, no período referido anteriormente, conforme apresenta a Tabela 7, demonstra uma oscilação intensa com um quadro bastante complexo, se forem consideradas as variações que ocorreram em 2002 e 2003.

Em 2002, houve uma redução acentuada do número total de procedimentos odontológicos registrados pelo referido município que atingiu a quantidade mínima de 470 ações desenvolvidas. No ano seguinte, houve uma recuperação da oferta de serviços odontológicos para a população, com a produção de 4.681 procedimentos.

A estratificação da Tabela 7 revela ainda que a exodontia respondia em 2000 pela maior parte da oferta dos serviços odontológicos realizados pelo município de Jequié-BA com a participação de 32,1%, enquanto que a primeira consulta odontológica representava 24,9% do total. Essa proporção foi alterada em 2005, quando a primeira consulta passou a responder por 31,7% das ações realizadas, seguida pela exodontia, escariação por dentes e pela restauração, que participaram respectivamente com 20%, 18,9% e 13,8% do total de ações desenvolvidas.

Tabela 7: Oferta de Serviços Odontológicos Realizados em Jequié-BA (2000-2005)

Serviços Odontológicos	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primeira consulta odontológica programática	756	24,9	1.003	35,2	147	31,3	1.251	26,7	955	28,2	852	31,7
Aplic. terapêut. intensiva c/fluor-p/sessão	39	1,3	74	2,6	14	3,0	361	7,7	204	6,0	241	9,0
Controle da placa bacteriana	1	0,0	9	0,3	2	0,4	58	1,2	177	5,2	177	6,6
Escariação por dente	556	18,3	485	17,0	115	24,5	991	21,2	751	22,2	507	18,9
Restauração	711	23,4	481	16,9	127	27,0	961	20,5	702	20,7	371	13,8
Exodontia	976	32,1	797	28,0	65	13,8	1.059	22,6	595	17,6	536	20,0
Total	3.039	100,0	2.849	100,0	470	100,0	4.681	100,0	3.384	100,0	2.684	100,0

Fonte: DATASUS, 2006.

Essas informações permitem verificar que a produção ambulatorial básica dos serviços de odontologia do sistema de saúde do município de Jequié-BA mantém a tendência verificada para outras ações básicas realizadas no mesmo período, reproduzindo um cenário bastante complexo, uma vez que a diminuição da oferta de serviços segue em descompasso com os recursos viabilizados pela implementação do SUS.

Essa situação é ainda mais complexa quando se observa que a atenção básica vem adquirindo, os últimos anos, um papel bastante relevante na organização dos serviços, tendo suas ações potencializadas pelos mecanismos indutores criados pelo Ministério da Saúde, a exemplo do Piso de Atenção Básica (PAB) variável, que conta com incentivos financeiros para a implantação de equipes de saúde bucal no PSF, ampliando o elenco de responsabilidades dessas equipes, ao incorporarem ações e cuidados básicos de odontologia para os usuários do SUS.

Neste caso, o cenário apresentado pelo sistema de atenção básica de Jequié, a partir dos documentos discutidos anteriormente, aponta para a disposição de um conjunto de ações de caráter individual e coletivo que abrange grupos prioritários (criança, mulheres, adolescentes e idosos), áreas estratégicas (saúde bucal, saúde da família) e agravos que oferecem maior risco para a população (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hanseníase, Tuberculose, DST/AIDS, Câncer de Colo de útero e de mama).

Nesse sentido, ainda que se considere a convergência das prioridades discutidas anteriormente, é possível estabelecer algumas diferenças na priorização da oferta de serviços definida pelos documentos 1 e 2, o que pode ser elucidado à luz do recorte temporal que abrangeu a elaboração dos referidos planos de saúde.

O documento 1 foi elaborado em 1998, num contexto político-institucional representado pela implementação da NOB/96, que instituiu duas formas de habilitação no sistema de saúde, a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. Naquele período, a programação das ações do plano municipal de saúde de Jequié teve como objetivo geral a habilitação do sistema municipal de saúde na gestão plena da atenção básica. Embora a NOB/96 não tivesse definido o elenco mínimo de ações a serem transferidas para a responsabilidade dos municípios, a instituição da referida NOB criou o PAB como mecanismo de indução financeira para que os municípios, uma vez habilitados em qualquer modalidade de gestão, assumissem as ações básicas de saúde (BRASIL, 1996).

O município de Jequié definiu como prioridades, neste período, a ampliação do PACS e a implantação do PSF, propondo um novo papel para as unidades de saúde para que fossem capazes de incorporar as ações assumidas a partir da NOB, a maioria das quais estavam compactadas em programas de atenção integral em saúde da mulher, da criança, do adolescente e do idoso, além de contemplar as ações de saúde bucal, saúde mental e ampliação da cobertura vacinal.

Entretanto, o documento 2 foi elaborado em 2002, no contexto de implementação da NOAS 01/2002. Essa norma, além de ampliar as ações básicas a serem assumidas pelos municípios, definiu um elenco mínimo dessas ações como referência para a programação da atenção que deveria ser pactuada entre as esferas de governo (BRASIL, 2002).

Assim, o documento 2 propôs a ampliação da oferta das ações e serviços de saúde referida no documento 1, incorporando a esse elenco mínimo a implantação de programas de atenção à DST/AIDS, ações destinadas ao combate às mortalidades provocadas por causas externas e a oferta de serviços especializados como mecanismo de referência à rede básica de serviços.

Dessa forma, os documentos 1 e 2, ao apresentarem a programação operativa das ações de saúde, com a disposição da ampliação da oferta de serviços para os usuários do sistema municipal, revelam que a descentralização da saúde, instituída como diretriz organizacional e como estratégia fundamental de implementação do SUS, tem contribuído para a universalização do acesso aos serviços de saúde, à medida que proporciona para os municípios uma maior disponibilidade de recursos capazes de orientar a organização local do sistema de serviços de saúde.

Tal análise é confirmada por Hortale, Pedrosa e Rosa (2000), quando salientam que se um sistema de saúde é descentralizado, certamente vai permitir maior acesso dos usuários ao sistema de atenção. Entretanto, essa tendência nem sempre é concretizada na prática do

cotidiano dos serviços, haja vista a existência de obstáculos que, conforme discutido anteriormente, tanto impedem a utilização dos serviços pelos usuários, quanto dificultam a implementação dos serviços que foram oferecidos como compromisso institucional, mas que ainda carecem de serem operacionalizados.

Os documentos 3, 4, 5, 6, 7, 8 descrevem as atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Jequié no tocante à programação e execução das ações e serviços de saúde, bem como estabelecem uma avaliação do desempenho gerencial dessas ações, ao longo de 2000, 2002, 2003, 2004 e 2005.

Esses relatórios de gestão convergem para o estabelecimento da oferta de ações básicas pelo enfoque de grupos prioritários que servem como eixos estratégicos de intervenção e desenvolvimento de atividades a serem disponibilizadas para a população local.

Além dessa tendência, anteriormente verificada na análise sobre os planos municipais de saúde, os relatórios de gestão evidenciam divergências acentuadas entre a oferta programada e a cobertura realizada, o que implica numa restrição dos usuários do sistema municipal no acesso a esses serviços que tiveram baixa cobertura da população.

O documento 3 revela que a estimativa de cobertura das ações programadas por categoria profissional contemplou 65,4% para as consultas médicas, 99,26% para os procedimentos odontológicos e 53,89% para as consultas de enfermagem.

Entretanto, em 2001, de acordo com o documento 4, as estimativas de cobertura atingiram 71,67% para as consultas médicas e 88,94% para as consultas de enfermagem.

No documento 5, as estimativas apresentadas revelam um quadro ainda mais desfavorável com a redução da cobertura de ações médicas básicas para 47,71% da população, 75,1% para as ações de enfermagem e 111,19% de cobertura das ações básicas em odontologia.

Diante desse cenário, impõe-se a reflexão sobre os aspectos que determinam a baixa cobertura das ações básicas no contexto vivenciado pelo sistema de saúde de Jequié-BA.

Em estudo realizado no município de Aracaju-SE, com o objetivo de avaliar a capacidade de oferta da rede assistencial básica, Santos (2006) demonstrou que a insuficiência da oferta em atender a demanda daquele município estava relacionada à baixa cobertura da capacidade instalada do sistema de atendimento, cujos recursos disponíveis pela rede assistencial respondia por apenas 50% das demandas da população.

De acordo com o autor, a análise da relação oferta e demanda do município, através de parâmetros estabelecidos pelo pacto de atenção básica, permitiu a definição do plano de investimento de unidades de saúde, tendo como eixo principal a ampliação do PSF, com a

experimentação das equipes ampliadas de saúde da família, incorporando novas modalidades de processo de trabalho que não fazem parte das equipes tradicionais.

Assim, no município de Jequié, persiste uma lógica de organização da oferta de ações e serviços limitada pela insuficiência da capacidade instalada, considerando-se que a baixa cobertura do PSF contribui significativamente para esse quadro, situação agravada pela extensa demanda por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que se acumula no interior das UBS, gerando iniquidades provocadas pelas filas e pela repressão da demanda.

5.3 POLÍTICA DE “RECURSOS HUMANOS” PARA O SUS NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE JEQUIÉ-BA

Ao tomar a Política de Recursos Humanos para o SUS como eixo de análise neste momento, foram abordados dois aspectos que emergiram dos dados trabalhados na pesquisa. Inicialmente, foi analisada a distribuição dos trabalhadores de saúde do município que atuam na assistência à saúde e o vínculo desses profissionais no contexto do sistema local de saúde. Posteriormente, foram apresentadas as atividades de formação e capacitação dos recursos humanos existente em Jequié no processo de implementação do SUS, ressaltando o desenvolvimento de atividades pedagógicas que tiveram registro nos documentos utilizados como fontes de dados.

A Tabela 8 apresenta a distribuição dos trabalhadores de saúde que atuam diretamente na atenção à saúde da rede pública de Jequié-BA, ressaltando o tipo de vínculo profissional que regula as relações de trabalho entre esses profissionais e a secretaria municipal de saúde, comparando as situações evidenciadas em dois períodos: 2000 e 2005.

No que diz respeito ao vínculo trabalhista dos profissionais existentes na rede municipal que atuam diretamente na atenção à saúde, foi constatado que em 2000 havia 213 (duzentos e treze) profissionais, entre os quais 60 (sessenta) eram efetivos, 46 (quarenta e seis) cedidos e 107 (cento e sete) contratados. Já em 2005 foi registrada a existência de 204 (duzentos e quatro) profissionais de saúde efetivos, 52 (cinquenta e dois) cedidos e 18 (dezoito contratados). Nota-se que, de acordo com os documentos 1 e 8, houve uma alteração significativa no regime de contratação do quadro desses trabalhadores da rede pública de saúde.

Em 2000, a maioria dos trabalhadores que atuavam na atenção à saúde era vinculada a algum regime temporário de contratação, o que representava naquele período quase a metade dos trabalhadores que faziam parte desse segmento na rede municipal.

Esse cenário foi modificado em 2005 quando 204 trabalhadores de saúde tornaram-se efetivos e 52 cedidos, o que evidencia a ausência absoluta do registro de contratos temporários de trabalho na rede de saúde de Jequié-BA entre os profissionais que trabalhavam na atenção à saúde.

A garantia de vínculo trabalhista do quadro de pessoal que faz parte dos Recursos Humanos de saúde da rede municipal foi acompanhada de uma pequena elevação na quantidade dos trabalhadores que atuavam na atenção à saúde de Jequié-BA. No ano 2000 eram 213 trabalhadores na rede de saúde, e, em 2005, foram registrados 274 pessoas.

Cumprir questionar se essa ampliação de pessoal é capaz de responder às necessidades de saúde acumuladas ao longo dos anos, as quais refletem uma elevação progressiva na procura por atenção à saúde, exigindo a disposição de pessoal qualificado e em quantidade suficiente para atender as demandas crescentes.

Tabela 8: Distribuição por Categoria/Cargo e Vínculo dos trabalhadores de Saúde que atuam na atenção à saúde da rede pública municipal nos anos 2000 e 2005.

Categoria/Cargo	Situação em 2000				Situação em 2005			Total
	Efetivo	Cedido	Contratado	Total	Efetivo	Cedido	Contratado	
Atendente / Auxiliar Saúde	23	24	40	87	110	21	-	131
Fisioterapeuta					03		-	03
Enfermeiros	12	03	29	44	48	02	-	50
Enfermeiro do PSF	02	01	08	11		16	-	16
Odontólogos	05	06	10	21	21	03	-	24
Médicos	18	10	08	36	16	07	-	23
Médico do PSF			11	11	-	-	18	18
Nutricionista		02		02	01	03	-	04
Psicólogo			01	01	05		-	05
Total	60	46	107	213	204	52	-	274

Fonte: JEQUIÉ (2001) e JEQUIÉ (2006).

Este cenário torna-se ainda mais complexo, se forem consideradas as ações e políticas implementadas pelo município, nesse intervalo de tempo, na perspectiva de garantir a ampliação da oferta de serviços, através da implantação de programas e estratégias de atenção

à saúde, gerando a necessidade de contratação de pessoal capacitado para assumir as novas funções.

A Tabela 8 revela ainda que, entre 2000 a 2005, houve uma redução considerável do número de médicos que atuavam no sistema de atenção à saúde da rede municipal, que passou de 47 profissionais para 41, no referido período. Em contrapartida é possível observar, em contraste com o que foi observado na categoria dos médicos, no mesmo período, que houve uma elevação do número de enfermeiros, que passou de 55 em 2000 para 66 profissionais existentes em 2005.

Essa tendência de redução do número de profissionais médicos que atuam na atenção à saúde da rede pública de serviços de Jequié, entre os anos 2000 e 2005, foi bem diferente para outros trabalhadores de saúde de nível superior, a exemplo dos odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e para os de nível médio.

Em 2000 eram 21 odontólogos, 02 nutricionistas e 01 psicólogo existentes na rede municipal de saúde. Esse quantitativo foi ampliado para 24 odontólogos, 04 nutricionistas e 05 psicólogos, em 2005. Nesse ano foi registrada, ainda, a existência de 03 fisioterapeutas.

Quanto ao número de trabalhadores de nível médio representados na Tabela 8, observa-se que houve um incremento bastante significativo da participação desses trabalhadores no sistema de atenção à saúde, que passaram de 87 profissionais, em 2000, para 131, em 2005. A maior participação do crescimento desses profissionais ocorreu com o aumento do número de auxiliares, atendentes de enfermagem e atendentes de consultório dentário.

A elevação do número de atendentes de consultório dentário, acompanhando a mesma tendência verificada para o aumento da quantidade de odontólogos no período observado, pode ser justificada pela ampliação do Programa de Saúde Bucal no município de Jequié, onde foram implantadas 09 ESB (Equipes de Saúde Bucal) nas Equipes de Saúde da Família, e instalados 13 consultórios dentários em diversas unidades da rede básica de saúde, conforme registro constante no doc. 8.

Nota-se que a participação do número de trabalhadores cedidos para a Secretaria Municipal de Saúde de Jequié (SMS - Jequié-BA) sofreu uma elevação significativa em 2005, com a existência de 52 trabalhadores que se encontravam naquela condição. Em 2002 este quantitativo representava apenas 46, o que pressupõe que houve uma incorporação de mais trabalhadores para o quadro da SMS.

A Tabela 8 demonstra dois cenários diferentes (representados pelos anos 2000 e 2005) para a composição do quadro de trabalhadores que trabalham na atenção à saúde e atuam

diretamente nos serviços ofertados pela rede. Convém salientar que o quadro de trabalhadores da SMS é mais amplo do que o registrado na Tabela 8, pois, nesse caso, não foram considerados todos os trabalhadores que atuam no setor administrativo, direta ou indiretamente, ou ainda aqueles que prestem serviços de apoio diagnóstico, ou que atuam no planejamento das ações, na auditoria do SUS, na vigilância à saúde ou na assistência farmacêutica, e conseqüentemente, não lidam diretamente com a atenção à saúde dos usuários do sistema de saúde de Jequié-BA.

Assim, a análise dos dois cenários distintos acerca do quantitativo dos trabalhadores que atuam na rede e da situação de vínculo ao qual pertencem constitui um instrumento de avaliação da adequação dos recursos humanos existentes no sistema local de saúde a partir das necessidades da população de Jequié-BA.

Nesse caso, é necessário constatar que o provimento de pessoal para atuar na atenção à saúde de Jequié revela os limites presentes na ampliação do quadro de pessoal, o que ocorre em descompasso com as necessidades da população e, até mesmo, em desacordo com o planejamento da gestão local, o qual estabeleceu ainda em 1998 – quando o município estava pleiteando a habilitação na gestão plena da atenção básica – que era necessário ampliar o quadro de funcionários da SMS, a fim de adequar os recursos humanos existentes às necessidades da população.

[...], Para adequar tais recursos às necessidades assistenciais da população pretende-se a médio prazo abrir concurso público para adequar o quadro de necessidades de recursos humanos da saúde levando em consideração a existência de pessoal das Unidades Básicas de Saúde Estaduais (JEQUIÉ, 1998, Doc.1).

Além do concurso público referido no Doc. 1, a gestão local destacou a necessidade da formulação de uma política de recursos humanos adequada ao contexto de implementação do SUS, priorizando a elaboração e aprovação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para os trabalhadores de saúde que compõem o quadro de funcionários, a ser submetida à aprovação pelo poder legislativo e apreciada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) (JEQUIÉ, 1999).

O concurso público para provimento das vagas da SMS no município de Jequié foi realizado em 2002. Entretanto, nos documentos analisados, não houve qualquer registro de elaboração ou implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários para os trabalhadores de saúde da rede pública municipal, o que sugere que tais trabalhadores ainda encontram-se em

regime de trabalho e condições salariais pouco atrativas, no tocante à progressão na carreira e à realização profissional.

A instituição do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) está em consonância com a legislação da saúde consubstanciada na Constituição Federal, na Lei Federal nº 8080/90 e na Lei nº 8142/90. Essa última lei aprofunda a discussão e a responsabilidade dos gestores municipal, estadual e distrital no tocante a política de recursos humanos, ao impor a criação da comissão de elaboração do PCCS como critério de repasse das transferências da União para o setor saúde (JAEGER, CECCIM e MACHADO, 2004).

Desde sua criação na década de 90, a Lei 8142/90 não foi implementada em sua totalidade, desvinculando-se desse aparato jurídico a imposição da elaboração do PCCS como condição para o repasse de recursos da União, o que favoreceu a omissão dos gestores em cumprir as recomendações da lei.

Atualmente, conforme salientam Jaeger, Ceccim e Machado (2004), o Ministério da Saúde vem retomando as discussões sobre a criação de carreiras, cargos e salários no âmbito do SUS, instituindo parâmetros e diretrizes para a elaboração de uma Política de Carreira que atenda as características locais e ou regionais, e seja capaz de promover a valorização profissional, ao mesmo tempo em que atenda as necessidades da população.

Em setembro de 2006 por ocasião da IV Conferência Municipal de Saúde de Jequié-BA, foi aprovado, no relatório final, a implantação imediata do PCCS da SMS do município, cujos participantes subscreveram uma moção de repúdio contra a gestão local, em decorrência do atraso no cumprimento desta deliberação até aquele momento. Tal cenário tem gerado conflitos que estarão na pauta da arena local ao longo de anos.

A Tabela 9 ilustra a distribuição de trabalhadores que atuam na administração direta da secretaria municipal de saúde de Jequié, incluindo os serviços de apoio diagnóstico, a assistência farmacêutica, além do quadro técnico e de apoio que compõe o núcleo estratégico da Secretaria e ocupam cargos e funções de direção, coordenação e assessoramento das políticas, programas e práticas de saúde.

Tabela 9: Distribuição e Vínculo profissional de trabalhadores da administração direta e indireta da SMS Jequié (2000 e 2004).

Categoria/ Cargo	Situação em 2000				Situação em 2005			Total
	Efetivo	Cedido	Contratado	Total	Efetivo	Cedido	Contratado	
Agente/Assistente Administrativo	26	20	50	96	130	05		135
Fiscal de Vig. Sanitária			03	03	07			07
Assistente Social	01	01	01	03	07	01		08
Bioquímico	01		01	02	03			03
Contador	01			01	01			01
Coordenadores de Núcleos e Serviços Médicos /	03	06	01	10			10	10
Coordenação de serviços							07	07
Enfermeiros/Coordenação de Serviços					04		04	08
Gerente Odontólogo						01	02	03
Diretores de Departamentos		06		06			05	05
Veterinário	01		03	04	04			04
Operário	04			04	03			03
Tec. Nutrição			01	01	01	02		03
Tec.Laboratório	03		02	05	07			07
Telefonista			01	01	04			04
Motoristas	05		07	12	09		03	12
Vigilante	06		10	16	06	01	22	29
Gari					03			03
Total	51	33	80	164	189	10	53	252

Fonte: Jequié (2000) e Jequié (2005).

A situação verificada na Tabela 9 demonstra que houve um incremento mais significativo do número de trabalhadores que atuavam na administração direta entre os anos 2000 e 2005, que o cenário verificado na Tabela 8, que representou um leve aumento de trabalhadores que atuavam diretamente na atenção à saúde. Em 2000, o quadro geral do teste segmento de trabalhadores da SMS era composto de 164 profissionais. Entretanto, em 2005, esse quadro foi ampliado para 252 trabalhadores, incluindo os profissionais de nível fundamental, de nível médio e superior.

Quanto ao perfil do vínculo profissional, observa-se que houve uma dinâmica semelhante ao que ocorreu com os trabalhadores descritos na Tabela 8. Em 2000, a maioria dos trabalhadores que atuavam na administração direta da SMS de Jequié fazia parte de algum

regime de contratação temporária (80), enquanto que os Trabalhadores efetivos (51) representavam a segunda posição, seguida pelos profissionais cedidos (33). Em 2005, esse cenário foi completamente alterado, sendo que os trabalhadores efetivos (189) passaram a representar a grande maioria do quadro de funcionários da administração direta da referida secretaria, enquanto que o regime de contratação temporária (53) ficou na segunda posição, seguida pelos trabalhadores cedidos que correspondiam a um quantitativo quase insignificante (10), entre os tipos de vínculos trabalhistas existentes.

A tabela 9 revela ainda que o número de trabalhadores que atuavam na coordenação de núcleos e serviços de saúde manteve-se inalterado com um padrão de 10 servidores. Neste caso, o que foi modificado foi o perfil de contratação, já que, em 2000, a maioria deles era cedida e em 2005 eram todos contratados.

Entretanto, se forem considerados os trabalhadores que atuam na direção de departamentos responsáveis pela implementação das Políticas de Saúde estabelecidas pela SMS, constata-se que houve uma diminuição pouco expressiva, já que em 2000 existiam 6 diretores e em 2005 apenas 5 funcionários atuavam nessa área.

É possível observar, na Tabela 9, que os trabalhadores que tiveram a maior participação na ampliação do quadro de pessoal da administração direta da SMS de Jequié no período verificado foram, sobretudo, os trabalhadores que não atuavam no planejamento, acompanhamento e execução das ações de saúde do município, possuíam baixa qualificação profissional e eram representados pelos agentes e assistentes administrativos, agentes de serviços gerais, vigilantes, motoristas e operários. Essa parcela de trabalhadores teve um incremento considerável entre os anos 2000 e 2005.

Contudo, ainda que a dinâmica de ampliação dos Recursos Humanos da administração direta da SMS tivesse ocorrido com mais expressão em direção a esses trabalhadores, foi constatado um movimento de ampliação do quadro de pessoal de nível superior - médicos, enfermeiros e odontólogos, entre outros - que passaram a ocupar funções de coordenação, supervisão e auditoria de serviços e programas do referido sistema local de saúde.

Em 2000 não houve qualquer registro de pessoal de nível superior atuando na coordenação/supervisão de serviços de saúde, enquanto que em 2005 existiam 08 profissionais médicos, 07 enfermeiros e 03 odontólogos ocupando tais funções.

A comparação das tabelas 8 e 9 demonstra que entre 2000 e 2005 houve um movimento dissonante na composição do quadro de RH da SMS de Jequié (BA) no que diz respeito à distribuição do pessoal que trabalha na atenção à saúde da população e àqueles que atuam na administração direta do sistema municipal de saúde.

Esse cenário revela que no período recortado pelas referidas tabelas, a administração direta e as atividades de apoio da SMS tiveram maior incremento de servidores do que os serviços de saúde que são responsáveis diretamente pelo atendimento às necessidades de atenção à saúde da população. Enfatiza-se ainda que o quadro geral dos referidos servidores da administração direta ou indireta tem uma composição maior do que os servidores da atenção à saúde, sugerindo uma situação bastante divergente daquela evidenciada por Oliveira e Moysés (2000), quando constataram em estudos realizados no ano 2000 que, naquele ano, apenas 28% dos empregos da saúde, no território brasileiro, eram exercidos por trabalhadores que atuam em atividades não ligadas diretamente aos cuidados dos pacientes, a exemplo das atividades administrativas e de apoio.

Entretanto, a situação verificada em 2000 não foi a mesma que em 2005, já que naquele ano a minoria dos trabalhadores da SMS eram vinculados a atividades administrativas ou de apoio, enquanto que a maioria trabalhava diretamente na prestação dos cuidados de saúde, configurando-se assim que a evolução positiva do quadro de pessoal ocorreu, contraditoriamente, em direção aos trabalhadores que não prestam serviços e ações de saúde diretamente para a população.

Analisando as estratégias de desenvolvimento e formação de recursos humanos oferecidos pela SMS de Jequié, constata-se através do doc.2 que um dos objetivos gerais da programação operativa da gestão municipal para o período 2002-2006 foi o fortalecimento da política de capacitação de recursos humanos no SUS, para o qual se apresentaram como metas: a implantação do Núcleo de Educação Permanente/Pesquisas e Estudos em Saúde, realização de educação continuada para o manejo clínico de agravos prioritários (Diabetes e Hipertensão Arterial) e a articulação da rede de serviços para o desenvolvimento de eventos e projetos de pesquisa em parceria com as universidades e escolas técnicas (JEQUIÉ, 2002).

A Tabela 10 apresenta as principais atividades de qualificação dos trabalhadores de saúde de Jequié, no período de 2000 a 2005, incluindo as ações desenvolvidas pela própria SMS e aquelas realizadas em parceria com outras entidades.

Tabela 10: Atividades de formação e de desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (RHS) da SMS de Jequié (BA), no período de 2000-2005.

Principais Atividades	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Capacitações e Treinamentos em serviço	23	23	36	11	04	08	105
Eventos Técnico-científicos	05	08	05	11	02	05	36
Formação de Pós-graduação		01	01			01	03
Outras atividades	04	05	02	03	-	08	22
Total	32	37	44	25	06	22	166

Fonte: JEQUIÉ (2000); JEQUIÉ (2001); JEQUIÉ (2002); JEQUIÉ (2003); JEQUIÉ (2004) e JEQUIÉ (2005).

Assim, observa-se que o ano de 2002 registrou maior volume dessas atividades de formação com 44 eventos realizados. Enquanto que em 2004, tais registros demonstraram um volume bem abaixo da média do que foi verificado nos demais anos, com um produto final de 06 atividades.

A Tabela 10 demonstra ainda que nos três primeiros anos do recorte temporal apresentado havia uma dinâmica crescente de participação dos RHS em atividades de capacitação e formação para o SUS, enquanto que nos anos subsequentes esse movimento foi decrescente com uma queda abrupta em 2004.

Dois movimentos podem ter concorrido para a manutenção de um volume considerável de eventos de formação de trabalhadores para atuarem no SUS nos primeiros anos do recorte temporal apresentado na tabela 10. O primeiro refere-se à habilitação do município na gestão plena do sistema municipal em 2001, induzindo a gestão local a assumir um conjunto de responsabilidades pela ampliação das ações de saúde, de acordo com os parâmetros estabelecidos pela NOB 01/96.

O segundo movimento teria sido impulsionado por novos arranjos institucionais que entraram em cena a partir de instituição da NOAS 2001/01 e 2001/02, o que gerou uma demanda crescente por conhecimentos e informações técnicas que pudessem subsidiar a implantação e implementação de serviços e programas de saúde.

Esses dois movimentos podem justificar uma demanda maior de iniciativas de formação de trabalhadores para desenvolver as ações e serviços de saúde, num cenário complexo como foi aquele representado pela implementação do SUS, sobretudo nos anos 2000, 2001 e 2002. Porém, tais movimentos não explicam quais aspectos estão envolvidos na diminuição dessas iniciativas no contexto ilustrado pelos anos seguintes, sobretudo quando se

considera que as demandas pela incorporação e aplicação de conhecimentos relativos ao planejamento, execução, acompanhamento e avaliação de programas e serviços de saúde continuam crescendo e gerando novos desafios para os gestores do SUS, sugerindo a necessidade de um conjunto de esforços visando a ampliação da capacidade operativa dos sistemas locais de saúde.

A Tabela 10 revela ainda que a maioria dos eventos de formação dos trabalhadores da SMS de Jequié era classificada como treinamento e capacitações em serviços, com a realização de 105 eventos. Os eventos técnico-científicos ocuparam a segunda posição do conjunto de todos os eventos, com o registro de 36 atividades, enquanto que as outras atividades de formação ocuparam a terceira posição. O menor volume destas atividades de formação ocorreu no âmbito das pós-graduações lato senso com o total de 03 eventos realizadas no período de 2000 a 2005.

5.4 ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE JEQUIÉ-BA

A organização do sistema de serviços de saúde de Jequié vem sendo conformada como resultado de desdobramentos desenhados pelo processo de municipalização da saúde iniciada a partir de 1998 - quando o município adquiriu a habilitação na gestão plena da atenção básica - e impulsionada em 2001, ano que marcou a incorporação de Jequié na gestão plena do sistema.

Esses dois cenários foram determinantes para a constituição de dois momentos que ilustram a organização do fluxo de atendimento dos serviços de saúde no âmbito municipal, a partir dos recursos disponibilizados para a estruturação do sistema local de saúde, tendo em vista a implementação das políticas, programas e práticas de saúde no contexto da descentralização das ações em direção aos municípios.

O primeiro momento é representado pelo recorte temporal de 1998-2001, que constitui o período estratégico de implementação da gestão plena da atenção básica e da implementação da gestão plena do sistema municipal, como resultado do processo de municipalização da saúde, desencadeado pela NOB 01/96 e impulsionado pela instituição da NOAS 01/01.

O Doc. 1 enfatiza a reorganização do modelo de atenção do sistema local de saúde, através da criação de uma rede hierarquizada com várias portas de entrada no sistema, além

de propor uma redefinição do papel dos Centros de Saúde da zona rural e urbana, o que poderia possibilitar o pleno funcionamento destes estabelecimentos, com o incremento de ações e serviços de complexidade crescente, conforme demanda da população (JEQUIÉ, 1997).

Convém ressaltar os objetivos que foram delineados naquele momento histórico de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), que teria priorizado a proposta de estabelecer mudanças estruturais na forma de gestão do sistema de saúde, com o escopo de atender às demandas da população. Assim, a organização local dos serviços de saúde naquele período tinha como propostas:

Analisar criticamente os serviços de saúde existentes, correlacionando-os com as necessidades de uma população com a dimensão e constituição de Jequié.
Propor as modificações estruturais tanto no que diz respeito aos aspectos físicos da rede, quanto aos aspectos políticos, administrativos e assistenciais, de modo a habilitar o município de Jequié na qualidade de gestor do próprio sistema de saúde.
Traçar as metas a serem cumpridas para cada aspecto do novo modelo assistencial;
Propor mecanismos de acompanhamento do cumprimento das ações propostas no plano (Doc.1, p.1).

A concepção de uma rede de serviços com várias entradas no sistema foi bastante discutida por Cecílio (1997, p. 470), quando contextualizava o modelo piramidal de atenção à saúde enquanto proposta defendida pelo movimento sanitário.

De acordo com o autor, o modelo piramidal seria caracterizado pela disposição de “um conjunto de unidades de saúde responsáveis pela atenção primária a grupos específicos, localizados numa área de cobertura”, constituindo assim, num ponto de entrada do sistema de saúde, através da atenção básica, capaz de ordenar o fluxo de atendimento através do encaminhamento a outros níveis de densidade tecnológica, configurando desse modo um sistema de atenção integral à saúde. (1997).

Ainda segundo Cecílio (1997), o modelo piramidal, embora tivesse como vantagens a regionalização e hierarquização dos serviços, constituindo-se em instrumento de racionalização dos recursos, expansão da cobertura, aproximação dos usuários aos serviços, estabelecimento de vínculos, levantamento de prioridades, entre outros aspectos que reforçaram sua legitimidade diante do ideário de construção do SUS, tal modelo encontrou obstáculos para sua conformação no contexto atual do sistema público de saúde, na medida em que os estabelecimentos que ocupavam outros níveis de atenção (secundário e terciário) assumiram o papel de “porta de entrada” ao sistema de saúde, a exemplo do hospital e dos serviços de pronto-atendimentos espalhados pelo país.

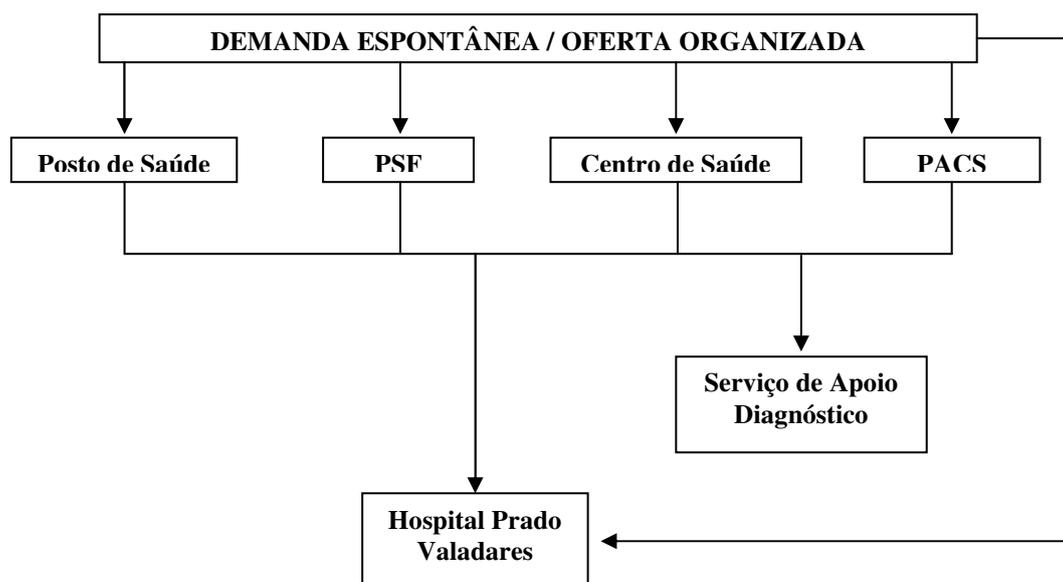
Bech (2002) sintetiza o modelo piramidal estabelecendo os princípios da territorialidade, cobertura, estratégia única e resolutividade por nível de complexidade de recursos, como requisitos para a organização da rede de serviços e garantia da atenção à saúde.

De acordo com o autor, a territorialidade implica o estabelecimento e responsabilização por unidades “demográfico-geográficas” mínimas de grupos humanos que demandam atenção à saúde. A cobertura seria a garantia de atendimento assistencial a famílias e indivíduos que vivem situações em comum. A estratégia única refere-se à concepção de uma direção única, em todos os níveis de atenção dentro de um território sanitário, respeitando-se as peculiaridades locais, enquanto que a resolutividade por nível de complexidade consistiria na utilização eficiente e eficaz dos recursos disponíveis, possibilitando assim o atendimento às necessidades da população (BECH, 2002).

As indagações de Cecílio (1997) e Bech (2002) suscitam a análise sobre a organização do fluxo de atendimento que o sistema local de saúde de Jequié (BA) vivenciou no início do processo de municipalização dos serviços, quando um conjunto de responsabilidades pelas ações de saúde foi transferido para o referido município.

A Figura 2 apresenta o fluxograma de atendimento em Jequié no ano 2000, apresentando a lógica da demanda populacional por serviços de atenção básica à saúde e de atenção especializada.

Figura 2: Fluxograma de referência para atendimento especializado em Jequié no ano 2000.



Fonte: MENEZES, Marcus Vinicius Silva. Fluxograma de referência para atendimento especializado em Jequié no ano 2000, conforme Jequié (1999).

A partir da Figura 2, observa-se que a “porta de entrada” ao sistema de saúde de Jequié (BA) era representada pelos Postos e Centros de Saúde, PACS, PSF e pelo Hospital Prado Valadares, com um fluxo de atendimento dinamizado pela disposição de serviços de apoio e diagnóstico referenciados pela atenção básica.

Assim, a atenção básica, constituída pela rede de Postos, Centros de Saúde, PSF e PACS, respondia pela oferta de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários da rede pública de Jequié, encaminhando para o hospital Prado Valadares os casos que necessitavam de internação e acompanhamento e para os serviços de apoio e diagnóstico às demandas por exames complementares de saúde.

Verifica-se que nesse período não houve qualquer registro de organização de serviços em sistema de referência e contra-referência, configurando um acesso restrito e focalizado no atendimento às necessidades de grupos específicos nas áreas de saúde da criança, mulher, adulto e saúde bucal, conforme verificado no Doc. 3 (JEQUIÉ, 2001a).

Em 2001, o sistema local de saúde assumiu a gestão plena do sistema municipal, estabelecendo uma política de ampliação da oferta de serviços de saúde de média complexidade, através da pactuação direta com a rede privada complementar ao SUS, pressupondo o entendimento, pela gestão, de que a rede pública não dispunha de capacidade instalada suficiente para atender as necessidades de saúde da população sob sua área de abrangência. (JEQUIÉ, 2002a, Doc. 2).

A figura 03 apresenta o fluxograma de referência para atendimento especializado em 2001, a partir da demanda espontânea e organizado da rede pública de Jequié.

Nota-se que o fluxo de atendimento dos usuários do sistema de saúde de Jequié, em 2001, sofre variações em relação ao ano anterior devido à implantação de estratégias de organização e implementação de serviços, como consequência da habilitação do município na gestão plena do sistema municipal, o que teria contribuído para a ampliação do aporte de recursos financeiros que garantiram a capacidade de investimentos necessários para a extensão da cobertura da média complexidade, no referido período.

Assim, naquele ano, o município registrou a implantação da CERAJE – Central de Marcação de Consultas de Jequié – como esforço de organização da demanda por serviços de média complexidade, centralizando nesse espaço a distribuição da oferta de consultas, procedimentos e serviços de apoio diagnóstico, além de permitir certa racionalidade na compra de procedimentos, segundo necessidades da população e parâmetros assistenciais estabelecidos pelo nível central.

A regulação dos serviços de média complexidade tecnológica vem sendo induzida pelo Ministério da Saúde (MS), com o intuito de aperfeiçoar e de organizar a relação entre a oferta e a demanda, tendo em vista a qualificação do acesso pela população aos serviços do SUS.

A implantação da CERAJE constitui um marco importante na racionalização do fluxo de pacientes para a atenção especializada, na medida em que os usuários do SUS que entram pela “porta de entrada” do sistema – Posto de Saúde, Centro de Saúde, PSF e PACS – e demandam serviços de maior densidade tecnológica, são encaminhados para a CERAJE, que obedece aos princípios e diretrizes que buscam promover a equidade no acesso, através da adequação da oferta assistencial às necessidades imediatas da população.

Convém ressaltar que a implantação do CERAJE não constitui necessariamente uma solução para os problemas existentes no acesso aos diferentes serviços da rede de atenção à saúde de Jequié-BA. De fato, os desafios que são colocados pela regulação da oferta de serviços, conforme salienta Campos (2003), incluem a elucidação dos gargalos que impedem a garantia do acesso dos usuários aos hospitais e centros especializados incorporando a integralidade da atenção, como princípio básico.

O Doc. 4 constata a implantação da referência em pré-natal de alto risco, o exame de mastologia no Centro de Saúde Almerinda Lomanto, o Programa de Tratamento Fora do Domicílio e a Unidade de Referência em Especialidades no Centro de Saúde de Jequié, com a implantação do serviço de oftalmologia (JEQUIÉ, 2002b).

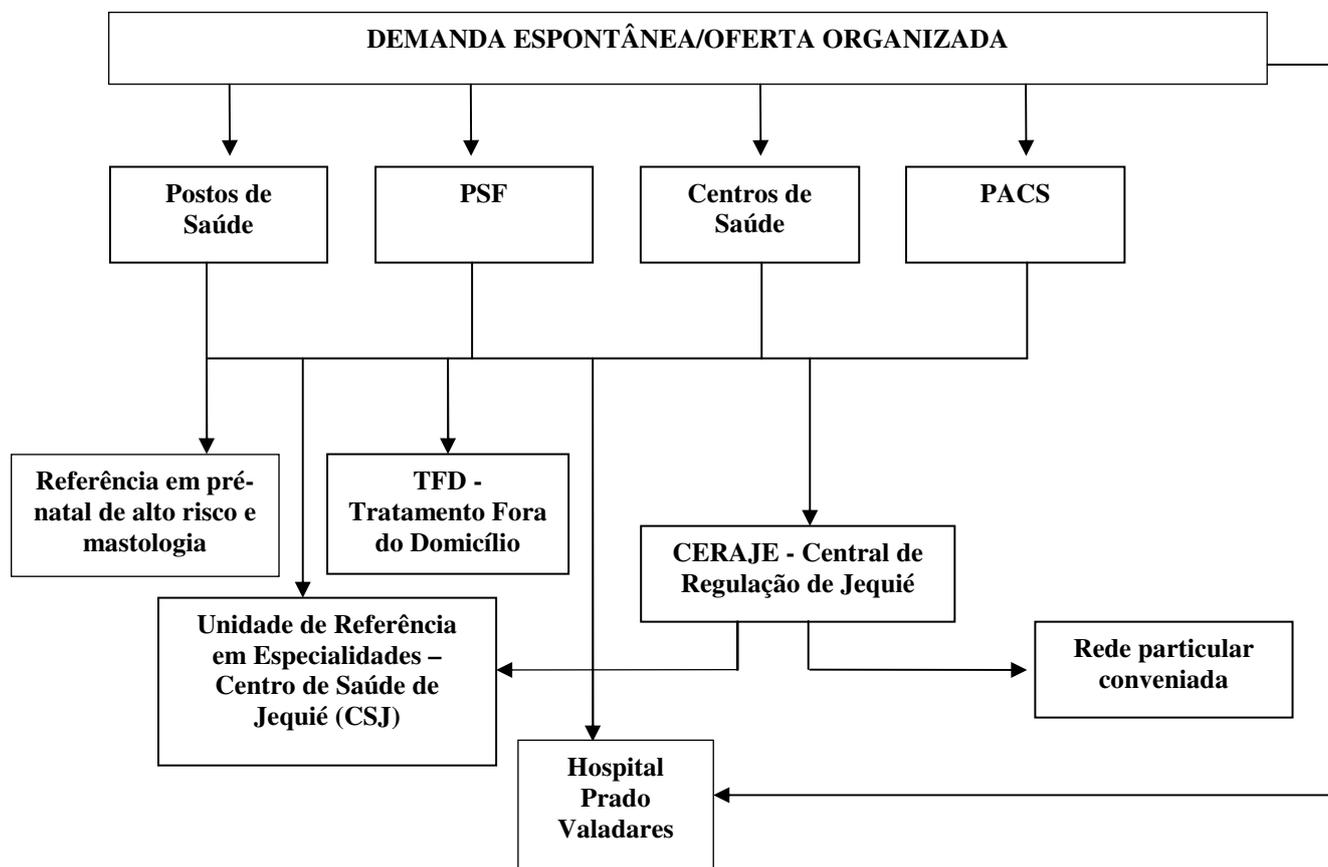
A implantação do serviço de referência em pré-natal de alto risco constitui a primeira iniciativa da gestão local em possibilitar a implantação de um sistema de atenção em média complexidade ambulatorial, a partir da disponibilidade de um conjunto de Recursos Humanos especializados e de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento, com o enfoque para o atendimento de usuárias que possuem risco no período gestacional.

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) foi instituído no Brasil através da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde, nº 055 de 24/02/99 e implantado em Jequié (BA) através da Lei municipal nº 1.540/01, consistindo na garantia de recursos e apoio financeiro aos usuários que procuram acesso aos serviços de saúde de outros municípios, na medida em que o município de origem não disponha de tais serviços. (JEQUIÉ, 2003, Doc. 5).

Assim, conforme consta no Doc. 5, a SMS de Jequié (BA) possui a responsabilidade de conceder aos usuários do SUS a ajuda de custo para alimentação, transporte (terrestre e aéreo) e hospedagem para acompanhantes e pacientes que possuem condições e agravos

prioritários, tais como doença renal grave, neoplasias malignas, cardiopatias graves, traumas de acidentes e doenças ocupacionais (JEQUIÉ, 2003, Doc.5).

Figura 3: Fluxograma de referência para atendimento especializado em Jequié no ano 2001.



Fonte: MENEZES, Marcus Vinicius Silva. Fluxograma de referência para atendimento especializado em Jequié no ano 2001, conforme Jequié (2000).

Dessa forma, o sistema municipal de saúde de Jequié, a partir de 2001, adquire uma lógica de organização de serviços hierarquizada, dando início a uma rede de referência de atenção à saúde de complexidade crescente. Contudo, essa dinâmica não estabelece, em sentido contrário, um sistema de contra-referência como garantia da integralidade em saúde.

O segundo momento que ilustra a composição do fluxo de atendimento da rede de serviços de saúde de Jequié é representado pelo recorte temporal de 2002-2005, que corresponde à vigência do Plano Municipal de Saúde que teve início em 2002 e o término programado para 2005.

Esse período é marcado pela implantação de uma extensa rede de serviços de média complexidade e pela ampliação do PSF, representando esforços de implementação da NOAS

01/02, que havia sido instituída no ano anterior, mas que sofreu alterações, sendo revisada e editada em uma nova versão no ano seguinte.

O Doc. 5 destaca a opção da SMS de Jequié em estabelecer uma política de ampliação do elenco de serviços de média complexidade, visando a composição de uma rede hierarquizada de atenção à saúde da população com a priorização da garantia do acesso. (JEQUIÉ, 2003).

Neste contexto, foram implantados: o Núcleo de Saúde do Trabalhador, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Prevenção e Reabilitação Física de Jequié-BA, além da tentativa de implantação dos serviços de ultra-sonografia, endoscopia, eletroencefalograma, eletrocardiografia, raio x, patologia clínica e consultas médicas especializadas (cardiologia, ortopedia e urologia), na rede pública municipal.

O conteúdo expresso no Doc.5 aponta para um incremento de ações de saúde em direção à ampliação da capacidade instalada da rede de serviços de média complexidade como referência para a rede de atenção básica de Jequié-BA.

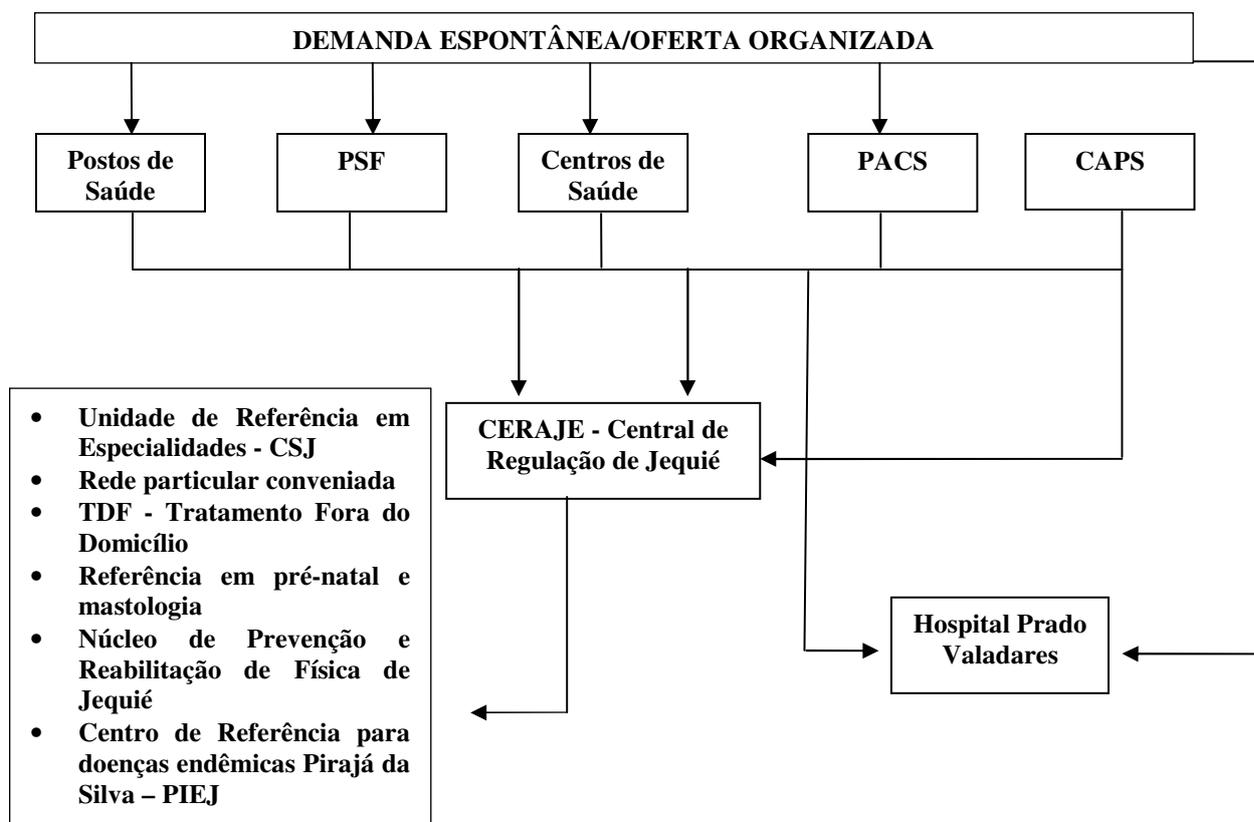
Entretanto, ainda que seja destacado o papel da rede estadual, através do Hospital Prado Valadares e do Centro de Referência para Doenças Endêmicas Pirajá da Silva, como espaços de convergência das ações de saúde desenvolvidos pelo município, o documento alerta para a insuficiência da capacidade da rede pública em atender a população, o que implica na necessidade de complementar as ações através da rede privada.

(...) mesmo assim, com a implantação dos serviços e ações citadas acima a rede municipal própria demonstrou ter capacidade instalada insuficiente para atender a demanda, tornando necessário portanto a participação da rede privada própria de forma complementar ao sistema único de saúde, conforme previsto na lei orgânica da saúde (....) (JEQUIÉ, 2003).

A Figura 4 demonstra a organização do fluxo de atendimento da rede de atenção à saúde de Jequié-BA, a partir da implantação de ações de média complexidade que possibilitaram uma ampliação do elenco desses procedimentos para o conjunto da população.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi criado para prestar assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais, através de uma equipe multiprofissional, composta por pessoal de psiquiatria, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, assistente social, nutricionista e clínica médica.

Figura 4: Fluxograma de referência para atendimento especializado em Jequié no ano 2002.



Fonte: MENEZES, Marcus Vinicius Silva. Fluxograma de referência para atendimento especializado em Jequié no ano 2002, conforme Jequié (2001).

O CAPS foi implantado em Jequié em 2002, obedecendo às portarias do Ministério da Saúde nº 336/02 e da Secretaria de Atenção à Saúde nº 189/02, na condição de CAPS tipo II, oferecendo atendimento médico, de enfermagem, de psicologia, de terapia ocupacional, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas individuais ou em grupo, além da dispensação de medicamentos, entre outros.

O Núcleo de Prevenção e Reabilitação Física de Jequié-BA foi implantado em 2002 com o objetivo de prestar assistência médica especializada, atendimento de enfermagem, assistência social, acompanhamento psicológico, terapia ocupacional, fisioterapia e visitas domiciliares aos portadores de deficiência física de Jequié (BA).

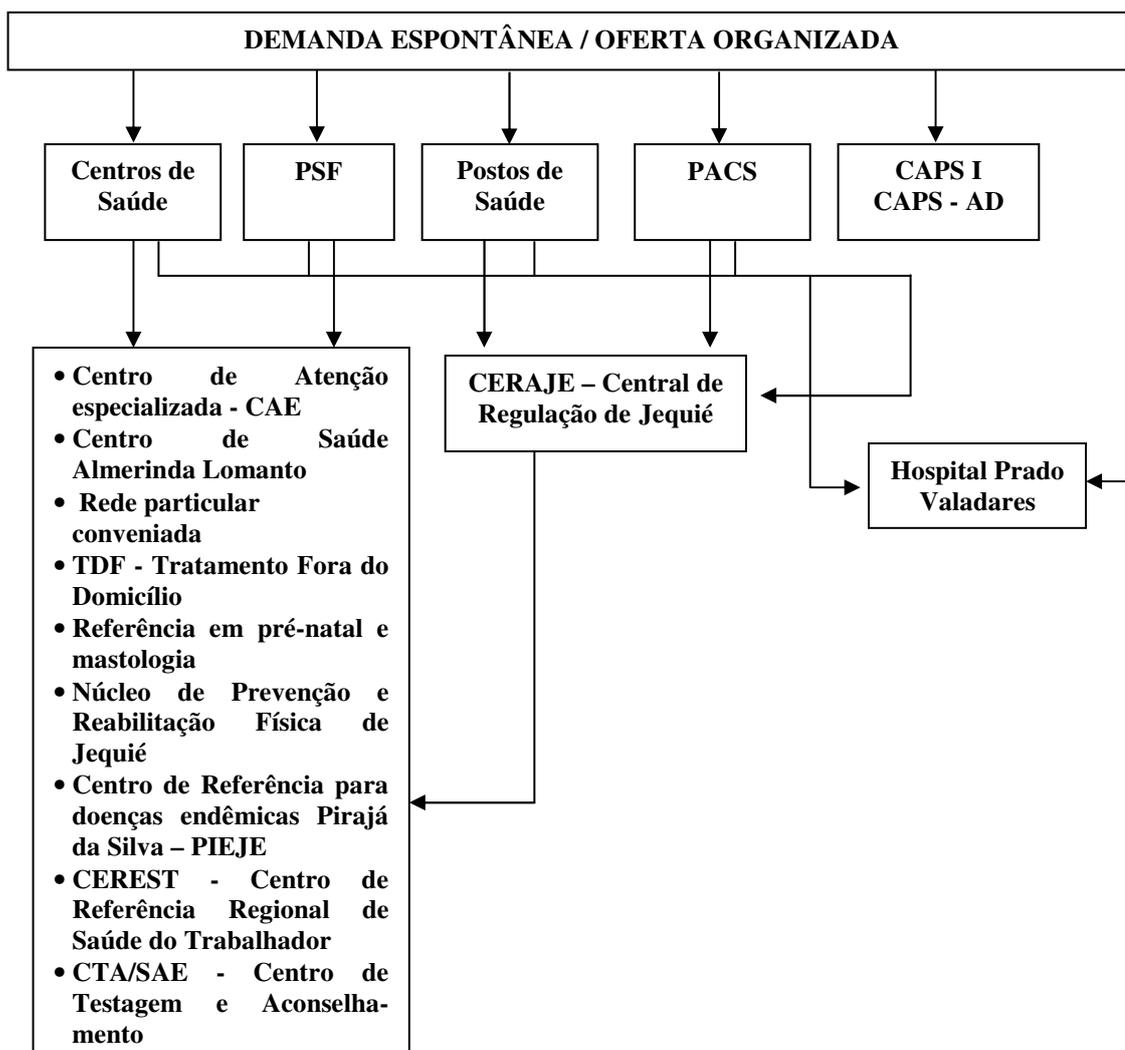
O Doc. 6 descreve a integração do PSF com o Núcleo de Prevenção e Reabilitação Física de Jequié, o que ocorre através da identificação dos portadores de deficiência física pela equipe de saúde da família, que encaminha esses pacientes para serem acompanhados através do Núcleo de Prevenção e Reabilitação Física, o qual comporta uma equipe de um médico ortopedista, um enfermeiro, uma assistente social, 02 fisioterapeutas e um terapeuta ocupacional (JEQUIÉ, 2005).

Essa dinâmica de referência, através do encaminhamento dos usuários para o núcleo de reabilitação, produz um refluxo desses usuários para as USF, caracterizando assim a contra-referência.

No que se refere ao funcionamento do NUPRFJ, o Doc. 6 foi o primeiro relatório de gestão a abordar o sistema de referência e contra-referência como instrumento de organização do fluxo de atendimento, pois era comum no sistema local de atenção à saúde um movimento de referência dos serviços básicos em direção aos serviços de apoio diagnóstico e consultas especializadas, numa dinâmica de “mão única”, sem um movimento em sentido contrário.

A Figura 5 representa a organização do fluxo de atendimento da demanda dos pacientes para o atendimento especializado na rede de atenção à saúde de Jequié(BA).

Figura 5: Fluxograma de referência para atendimento especializado em Jequié no ano 2005.



Fonte: MENEZES, Marcus Vinicius Silva. Fluxograma de referência para atendimento especializado em Jequié no ano 2002, conforme Jequié (2001).

Esse fluxograma revela que a rede de serviços de média complexidade teve um incremento na oferta dessas ações, através da implantação do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador – CEREST–; criação do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), e pela implantação do Centro de Atenção Especializada (CAE).

O CEREST foi implantado em Jequié-BA como parte da estratégia de Vigilância em Saúde do Trabalhador, visando à promoção de atividades que produzissem impacto nas situações de morbi-mortalidade ocupacional, através de ações de assistência especializada aos usuários portadores de doença ocupacional, prevenção de doenças ocupacionais, vigilância dos casos suspeitos através da notificação das doenças e acidentes de trabalho; controle social, através do acompanhamento das ações pelo conselho gestor e capacitação dos trabalhadores de saúde, visando a qualificar o quadro de pessoal (a equipe do CEREST é multiprofissional, composta por um enfermeiro, um assistente social, um médico do trabalho e um fisioterapeuta) (JEQUIÉ, 2005, Doc.7).

Atualmente, conforme consta no Doc. 7, o Centro de Atenção Especializada – CAE – reúne procedimentos de atenção secundária da rede pública municipal, ofertando ações e procedimentos nas áreas de cardiologia, urologia, ortopedia, endoscopia digestiva, oftalmologia, ultra-sonografia, eletroencefalografia, eletrocardiografia, radiologia e cirurgias ambulatoriais.

A gestão da SMS refere os limites na capacidade física das instalações da CAE, salientando a necessidade de implantação da Central de Imagem e Apoio Diagnóstico, com propósito de reunir todos os serviços de média complexidade de Jequié-BA, a qual se encontra em fase de construção, viabilizada através de recursos do Ministério da Saúde (JEQUIÉ, 2005).

A participação dos serviços conveniados do Estado foi referida pela identificação do Hospital Regional Prado Valadares como uma unidade de referência da rede de serviços da SMS, a qual estabelece, através da CERAJE, as cotas de vagas para serem agendadas pelas USF, conforme demanda apresentada pelos usuários.

O Hospital Prado Valadares possui um quadro de pessoal especializado, ofertando serviços ambulatoriais de psiquiatria, oncologia, ortopedia e urologia, além de garantir um pronto atendimento de urgência e emergência como porta de acesso para serviços de internamento, cirurgia e atenção ao parto. Esse acesso facilitado pressupõe a conformação desse espaço como mais uma “porta de entrada” da rede local, dissociando o modelo de hierarquização do atendimento.

O Doc. 7 aponta, ainda, que a regulação do fluxo de oferta de serviços estava sendo exercida pelo CERAJE, mas o agendamento das consultas e procedimentos de média complexidade teria sido descentralizado para as equipes de saúde da família que dispunham de cotas de serviços de atenção secundária para serem utilizadas de forma racional, conforme agendamento na própria unidade.

Essa estratégia de descentralização das ações secundárias era concebida como uma ferramenta de integração das equipes de saúde da família pela central de regulação de Jequié-BA, à medida que possibilitava o uso racional dos recursos disponíveis e garantia a equidade no acesso aos serviços, determinando uma lógica hierárquica na organização do fluxo dos usuários no sistema de serviços de saúde (JEQUIÉ, 2005).

Assim, o cenário descrito na figura 3 aponta para a configuração de uma rede assistencial que não se organiza sob a forma de pirâmide, mas se aproxima daquilo que foi denominado por Santos (2006) como complexo regulatório, ou seja, as unidades da rede assistencial constituem um conjunto de estabelecimentos de saúde que possuem um papel bem definido e complementar, cujas ações transitam nesses espaços a partir das demandas terapêuticas de cada usuário.

Esse complexo regulatório seria gerido pela CERAJE, que funcionaria como ferramenta de articulação e integração dos serviços de saúde, visando a garantir a equidade no acesso e a integralidade da atenção.

Entretanto, a partir das informações disponibilizadas nos documentos, não é possível concluir que a conformação da CERAJE como ferramenta de gestão dos espaços de produção de saúde de Jequié-BA, ainda que obedeça a uma lógica de organização do acesso aos serviços da rede, se apresente com a capacidade operativa de garantir a integralidade da atenção, à medida que a regulação realizada por esta central tem sido reduzida pela adequação da demanda à oferta dos serviços disponíveis.

Assim, vão se acumulando desafios que persistem na constituição da rede de atenção da SMS de Jequié-BA, os quais se apresentam na constituição de dois modelos de organização do fluxo de atendimento que foram forjados ao longo dos anos do recorte do estudo.

O primeiro modelo de organização do fluxo de atendimento da SMS de Jequié pode ser definido como rede fragmentada, caracterizada como um conjunto de unidades de saúde, que se justapõem e não se comunicam entre si, mas que se interagem pela mediação da gestão central, admitindo um sistema de referência de usuários aos serviços especializados, porém, sem garantir o movimento contrário e a continuidade da atenção através da contra-referência.

O segundo modelo de organização do fluxo de atendimento é denominado de rede integrada, o que pressupõe que a organização da oferta de serviços dessa rede se articula aos sistemas integrados de saúde, os quais possibilitam uma intercomunicação entre os estabelecimentos e admitem a existência de um movimento de referência e contra-referência no processo de encaminhamento das demandas no interior dos espaços de produção de saúde.

É possível constatar que a SMS de Jequié-BA oscilou entre esses dois modelos de organização do fluxo de atendimento, tendo variado de uma rede fragmentada nos primeiros anos de implementação do SUS, representado pelo recorte temporal de 1998-2002, até se aproximar de uma rede integrada com aprofundamento das ações em 2005.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios que motivaram a construção deste trabalho ainda persistem no imaginário individual do pesquisador e no ideário coletivo dos atores que contribuíram direta ou indiretamente com a investigação, manifestando suas crenças no processo de mudanças que vem ocorrendo no âmbito das políticas de saúde desenhadas pelo SUS e na conformação de novas práticas assistenciais que fazem parte da agenda daqueles que defendem um novo modelo de atenção para o sistema de saúde brasileiro.

Nesse contexto, os desafios traduzem os obstáculos que precisam ser superados para consolidar os avanços necessários ao processo de implementação do SUS, a partir de seus princípios e diretrizes proeminentes (universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social), cujos arranjos dão o contorno de uma política de saúde justa e solidária, à medida que estabelecem elementos estratégicos para a concretização do direito à saúde.

O primeiro obstáculo que ameaça a concretização do SUS está ancorado na persistência do modelo médico hegemônico como modo de produzir serviços de saúde, o qual se articula através do hospital como principal forma de acesso às demandas e necessidades da população.

Esse cenário pode ser evidenciado a partir da constatação, na presente investigação, de que a rede básica de saúde de Jequié-BA, embora tivesse uma expansão considerável com a ampliação de estabelecimentos de saúde no período recortado entre 1998 e 2005, ainda não se constituiu como “porta de entrada” ao sistema de saúde, o que seria viabilizado pela política de implementação do PSF como estratégia principal de transformação do modelo de atenção, conforme enfatiza o Doc. 1 (JEQUIÉ, 1997).

Ao alcançar o momento de transição intermediária no processo de implantação do PSF, conforme modelo explicativo proposto por Mendes (2002), a rede básica de Jequié-BA se apresenta muito distante de estabelecer essa política como principal estratégia de concretização do acesso ao sistema público de saúde, ainda que essa temática tivesse sido incorporada pelo discurso dos gestores e nas arenas decisórias (conselhos e conferências de saúde) em âmbito municipal.

Dessa forma, com a cobertura municipal do PSF em 42%, a porta de entrada no sistema de saúde de Jequié-BA também vai sendo ocupada pelo hospital público, o qual adquire centralidade, à medida que garante o pronto atendimento às demandas que não são acolhidas na rede básica.

Além disso, o espaço ocupado pela rede básica de saúde de Jequié-BA precisa ser revisado, pois o conjunto de estabelecimentos que compõem o sistema público local ainda incorpora uma parcela significativa de Postos de Saúde – 48,9 % das unidades existentes em 2005 eram representadas por este tipo de unidade –, os quais confluem para uma “atenção primária seletiva” que não é capaz de responder às necessidades de saúde da população.

Entretanto, ao identificar a baixa cobertura do PSF e o elevado número de unidades que representam atenção simplificada no sistema público de saúde de Jequié-BA, não se deseja apostar, conforme salienta Paim (2006), que o fortalecimento da estratégia do PSF constitua em única e necessária medida de superação da segmentação do sistema público de saúde, a qual, de acordo com autor, reproduz as desigualdades no acesso e na qualidade da atenção à saúde.

Esses dados apenas permitem reafirmar as considerações de Elias (1999) quando discute o desenho organizacional do sistema de saúde brasileiro, apresentando a tendência de conformação da distribuição desses serviços como iníqua e excludente, caracterizada pela desresponsabilização do Estado com ações que requerem incremento tecnológico.

No município de Jequié-BA, a predominância dos Postos de Saúde sobre o total de unidades de saúde da rede básica revela que há uma tendência de persistência do quadro apresentado por Elias (1999), à medida que a gestão municipal ocupa muitos espaços de produção de serviços com estabelecimentos que ofertam atenção primária seletiva.

Além dessas considerações, a identificação da produção de serviços de saúde da rede básica de saúde permitiu a visualização do perfil de oferta desses serviços, cuja insuficiência constitui o segundo obstáculo apontado nesta investigação.

Nesse sentido, o acesso aos serviços de saúde de Jequié-BA encontra as barreiras descritas por Giovanella e Fleury (1995), ao traduzir a restrita produção dos serviços de atenção básica diante das crescentes demandas da população.

Esse quadro é mais grave para as consultas médicas, cuja evolução da oferta ao longo do processo de descentralização da saúde, desenhado no recorte do estudo, foi pouco expressiva no período, oscilando para mais ou para menos, porém, consolidando um saldo negativo no final de 2005 (JEQUIÉ, 2006).

Em contrapartida a esse cenário estabelecido para as consultas médicas, verifica-se que a produção de consultas de enfermagem, no período citado anteriormente, teve um aumento significativo no decorrer do processo de descentralização dos serviços de saúde de Jequié-BA, com um incremento que traduz o papel da implantação do PSF na ampliação da oferta de ações de enfermagem para a população local.

No que tange às ações desempenhadas pelos profissionais de nível médio, verifica-se que as atividades preventivas, representadas pela educação em saúde nos estabelecimentos da rede pública e na comunidade, tiveram um aumento significativo no período, porém ainda apresentam uma participação pouco expressiva no quadro geral da oferta de serviços executados por esses trabalhadores.

Ao definir grupos prioritários (criança, idoso e mulher) para organizar a oferta de consultas médicas da rede básica de saúde Jequié-BA, a gestão local reproduz os programas verticais de saúde pública que foram incorporados ao sistema municipal de saúde antes mesmo da implantação do PSF, porém que ainda persistem até mesmo no interior desses espaços.

As considerações de Teixeira (2003) sobre os programas verticais de saúde pública, propondo a superação desse modelo pela programação das ações de saúde, através da incorporação do enfoque crítico da epidemiologia, constituem importante referencial para a reorganização da atenção básica à saúde de Jequié-BA, ainda que se admita que essas ações não esgotam o debate sobre os limites que persistem na conformação desse espaço no referido município.

É necessário enfatizar que o sistema municipal de saúde de Jequié ainda convive com limitações pontuais manifestadas pela insuficiência da oferta de serviços, diante de um conjunto de necessidades de saúde acumuladas ao longo do tempo, cujas demandas não foram atendidas, conforme expressa o Doc. 5 (JEQUIÉ, 2003).

Ainda que a ampliação da oferta de serviços tenha sido viabilizada nos últimos anos pela implantação e implementação de novas ESF, o que se manifesta nesse cenário é o predomínio de uma demanda reprimida para as ações básicas de saúde, considerado-se como relevantes na análise em questão, as ações programadas pelo nível central, através do pacto da atenção básica estabelecido anualmente entre os gestores do SUS, que não foram cumpridas pelo nível local.

Assim, as considerações de Santos (2006) merecem destaque, pois partem de uma análise da gestão da atenção básica em um município de grande porte, onde se identifica uma relação indissociável entre capacidade instalada e oferta de serviços de saúde destinadas à população.

É a partir dessa relação que é possível estabelecer nesse estudo a constatação de uma associação entre capacidade instalada insuficiente e baixa oferta de serviços da rede assistencial, ressaltando-se que a principal estratégia de organização da atenção básica de

Jequié-BA – o PSF – encontra-se com uma baixa cobertura assistencial, tornando-se incapaz de se consolidar como estratégia principal de implementação do SUS.

Um terceiro obstáculo identificado neste estudo diz respeito a inadequação da Política de Recursos Humanos em Saúde da rede assistencial do município de Jequié-BA diante do processo de mudanças desencadeado pela implementação da Atenção Básica à Saúde no referido município, frente a consolidação do SUS na esfera municipal.

O sistema municipal de saúde de Jequié-BA tem apresentado avanços consideráveis no que diz respeito à situação de vínculo trabalhista dos profissionais da rede pública local. Essa afirmação deriva da constatação, através dos Doc. 3 (JEQUIÉ, 2001) e Doc. 8 (JEQUIÉ, 2005), que entre os anos 2000 e 2005 houve uma mudança significativa no perfil de vínculo dos trabalhadores da SMS, com uma redução de trabalhadores contratados e cedidos e em contrapartida a ampliação do número de trabalhadores efetivos.

Entretanto, essa situação referida nos documentos não é suficiente para atestar a melhoria das condições de trabalho para os profissionais de saúde da rede municipal, pois o reajuste da remuneração e a progressão na carreira ainda se constituem como principais desafios a serem superados pela gestão local, cujos interesses confluem na implantação do Plano de Cargos e Carreira e Salários – PCCS – proposta que ainda não foi incorporada como compromisso da gestão municipal.

A distribuição dos trabalhadores de saúde pela SMS de Jequié - BA também suscita algumas indagações, pois evidencia que entre 2000 e 2005 houve uma redução significativa do número de médicos que atuavam no sistema de atenção à saúde da rede de serviços, enquanto que outros trabalhadores de nível superior tiveram um incremento considerável no mesmo período, a exemplo de psicólogos, enfermeiros e fisioterapeutas.

Esse quadro pode potencializar a insuficiência da oferta de serviços de saúde, em descompasso com as necessidades da população e sugerir existência de uma demanda reprimida para consultas médicas que se acumula no interior dos estabelecimentos de saúde da rede pública municipal, cujas determinações precisam ser elucidadas.

A política de formação e qualificação dos trabalhadores de saúde da SMS de Jequié-BA é revelada pelos documentos como prioridade da gestão local a ser fortalecida e implementada ao longo da vigência do Plano Municipal de Saúde, referente ao interstício 2002-2006.

Entretanto, o maior volume das atividades de formação e qualificação desses trabalhadores ocorreu entre os anos 2000 e 2002, como resultado de uma estratégia de operacionalização dos arranjos institucionais que foram sendo incorporados pela gestão local

da saúde, e que se conformaram na implementação da gestão plena da atenção básica e na gestão plena do sistema municipal, através da NOB 01/96 e NOAS 01/01 e 01/02.

É necessário salientar que a diminuição das atividades de formação e qualificação dos trabalhadores de saúde a partir de 2002, no contexto evidenciado pela dinamização permanente das estratégias de implementação de serviços de saúde no âmbito do SUS, revela um refluxo na apreensão do papel privilegiado que os trabalhadores de saúde exercem no cotidiano dos serviços, em direção a concretização do SUS.

Nesse sentido, a proposta de implantação de um Núcleo Permanente de Educação / Pesquisa e Estudos em Saúde, estabelecido no Doc. 2 (JEQUIÉ, 2002), foi um dos objetivos mais abrangentes de fortalecimento da política de educação permanente para os Recursos Humanos da SMS de Jequié-BA, embora não foi efetivado no referido período.

O quarto obstáculo problematizado pelo estudo está relacionado à necessidade de reorganização das práticas de saúde, adotando-se nesse processo de constituição a estratégia de implantação/implementação de redes integradas de saúde, em substituição às redes fragmentadas de saúde.

Na presente investigação, o período recortado para a análise evidenciou a predominância de uma rede fragmentada de atenção à saúde, com a disposição de um fluxo de atendimento em nível básico, médio e alto, produzindo uma hierarquização da atenção à saúde que se moldou enquanto justaposição de serviços desarticulados entre si, sem garantir o movimento de referência e contra-referência.

Entretanto, é possível visualizar uma nova configuração da organização dos serviços de saúde, em que o fluxo de atendimento estabelece ainda de maneira incipiente um movimento de referência e contra-referência, constituindo uma rede integrada de atenção à saúde.

Essa configuração vem sendo possibilitada pela implementação da regulação da oferta de serviços possibilitada pela implantação da Central de Regulação de Jequié e pela ampliação da rede de atenção à média complexidade, através da oferta de um elenco de ações e serviços distribuídos na rede própria existente, na rede conveniada privada e na constituição de novos espaços para compor a rede de atenção à saúde. Ainda nesse cenário, é possível identificar uma aproximação dessa rede de atenção com um modelo definido por Santos (2006) como “complexo regulatório”, o qual consiste na articulação de um conjunto de estabelecimentos de saúde que atuam de forma complementar na oferta de atenção ao projeto terapêutico dos usuários.

Os fluxogramas que representaram a conformação do atendimento em dois momentos distintos de implementação das políticas e estratégias oriundas do processo de descentralização da saúde revelam um movimento positivo de organização da rede de serviços, com uma expansão progressiva das ações de média complexidade. Esse cenário pode significar esforços da gestão local em constituir uma rede de serviços capaz de garantir o acesso dos usuários em todos os níveis de atenção. Porém, tais esforços não traduzem, necessariamente, a conformação dessa rede como um espaço de consolidação da integralidade à saúde e da organização da atenção básica.

Essa afirmação é pertinente, à medida que, concordando com as indagações de Paim (2006), talvez não seja possível “(...) fortalecer os processos de organização da atenção básica, mantendo o padrão de desigualdades e a segmentação do sistema de saúde por tempo indeterminado”. Ou seja, mantendo o padrão de exclusão de segmentos populacionais pobres do acesso a todas as suas necessidades de saúde não será possível concluir o processo de implementação de um sistema de saúde integral, justo e solidário, que vem sendo desenhado por milhares de atores sociais ao longo de mais de um século de história das políticas de saúde pública no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty F.; GIOVANELA, Lígia; MATOS, Márcia. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 26, n. 61. mai./ago. 2002.

ANDRADE, Luiz Odorico M; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda C; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (org.). **Tratado de Saúde Coletiva** – São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. O processo de gestão em unidades básicas: limites e possibilidades de um novo agir em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 52, p. 58-66, 1996.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Municipalização dos serviços de saúde: intenção ou realidade?** Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: UEFS, 1998.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. M. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 8, n. 3, 815-823, 2003.

BARTOLOMEI, Carlos Emmanuel F.; CARVALHO, Mariana; DELDUQUE, Maria Célia. A saúde é um direito. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n.65, set/dez. 2003. p. 184-191.

BARROS, Aidil Jesus Paes de; LEHFEL, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos da Metodologia: um guia para a iniciação científica**. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1986.

BECH, Jaime. Princípios Fundamentais da Atenção à Saúde. In: MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. (orgs). **Estratégias de Organização da Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Da Casa / PDG Saúde. 2002. p. 11-20.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Programação da Atenção Básica 2005: manual de orientação**. Salvador, 2004.

_____. **Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde: desenho territorial**. Salvador, 2005.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002. p. 401-412.

BOURGUIGNON, Deise R, et al. Recursos Humanos em Saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez., 2003. p. 310-315.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. **Norma Operacional Básica do SUS 01/96**. “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. Diário Oficial da União. nº 170, 02 de setembro de 1996, seção 1, p. 17.064-17.073.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001**. Brasília, DF, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, declaração de Santa-fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega países e Declaração do México. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001b. p. 15-18.

_____. Ministério da Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus. **Informações em Saúde**. Rede assistencial. Consulta Eletrônica. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 10 de Dezembro de 2006.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde On-Line – uma proposta em construção. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96>. Acesso em 06 de outubro de 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v.10, n.2, p. 7-14, abr/jun, 2003.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p. 435-444, 2001.

CAZELLI, Carla M.; BRITO, Jussara da; SÁ, Paulo K.; ORMELI, Cláudia B. Análise das desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde no Brasil: pesquisa da assistência médico-sanitária, 1992 e 1999. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 26, n. 61, maio/ago. 2002.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v-13, n.3, jul-set. 1997. p. 469-478.

COSTA, Wildice da Graça Araújo; MAEDA, Sayuri Tanaka. Repensando a rede básica de saúde e o distrito sanitário. **Saúde em Debate**. V. 25, n. 57, jan/abril. 2001. p. 15-30.

DESLANDES, SF e ASSIS, SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças, pp. 195-226. In: MYNAIO, MCS e DESLANDES, SF (orgs). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz.

ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção à saúde: In: COHN, A & ELIAS, PE. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 1999. p. 57-117.

FERREIRA, José Roberto; BUSS, Paulo Marchiore. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, 2001.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 37-54.

GIOVANELLA, Lígia, ESCOREL, Sara; MENDONÇA, Maria Helena. Porta de entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set-dez. 2003. p. 278-289.

GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, S. universalidade da atenção a saúde: acesso como categoria de análise, p. 177-198. In: EIBENSCHUTZ, Catarina (org). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

GONÇALVES, L de S. **Paradoxos do PSF**: caminho para a organização da saúde pública e descaminhos da regulação social do trabalho da enfermeira. 2004. Monografia (graduação em enfermagem). Departamento de Saúde/Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico Brasileiro, 2002**.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Acesso e Utilização de Serviços**. Rio de Janeiro, 2005.

HORTALE, Virgínia Alonso; PEDROSA, Manoel; ROSA, Maria Luiza Garcia. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.24, n.56, set./dez., 2000. p. 57-66.

JAEGER, Maria Luiza; CECCIM, Ricardo Burg; MACHADO, Maria Helena. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Edição Especial, 2004. p. 86-103.

JEQUIÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, exercício 1998-2002**. Jequié, 1997. (Doc.1)

_____. **Relatório Anual de Gestão 2000**. Jequié, 2001 (Doc.3)

_____. **Plano Municipal de Saúde, exercício 2002-2005**. Jequié, 2002a (Doc.2)

_____. **Relatório Anual de Gestão 2001**. Jequié, 2002b (Doc.4)

_____. **Relatório Anual de Gestão 2002**. Jequié, 2003 (Doc.5)

_____. **Relatório Anual de Gestão 2003**. Jequié, 2004 (Doc.6)

_____. **Relatório Anual de Gestão 2004**. Jequié, 2005 (Doc.7)

_____. **Relatório Anual de Gestão 2005**. Jequié, 2006 (Doc.8)

LIMA, J. C. *et al.* Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, jan./abril. 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local**. In: MAENDES, EV (org). A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-56.

_____. **A Atenção Básica à Saúde na Bahia**. Salvador, fev. 2002. (Digitado).

_____. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**, v. 4, p. 4-26, 2004.

MERHY, Emerson Elias. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

NERY, Adriana Alves. **Necessidades de Saúde na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié-BA: em busca de uma tradução**. 2006. 153f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MOYSÉS, Neusa Maria Nogueira. Comentando os dados referentes à capacidade instalada, força de trabalho e empregos de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.24, n.56, set/dez, 2000. p. 35-43.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL DA SAÚDE. (OMS). Atención Primaria de Salud. Informe conjunto Del Director General de la Organización Mundial de la Salud e Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. **Conferência Internacional sobre atención Primaria de Salud**. Alma Ata (URSS), 6 de septiembre de 1978.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. **Metodologia da Pesquisa: abordagem teórico-prática**. 11. ed. Campinas – SP: Papiros, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem (orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, 2003.

RODRIGUES, Vanda Palmarela. **Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família: um instrumento de transformação da práxis?** 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Departamento de Saúde/ Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SAKAI, M. H. *et al.* Recursos Humanos em Saúde: In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (orgs). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001, p. 111-123.

SANTANA JÚNIOR, Julinésio da Costa. **A porta de entrada do (a) usuário (a) do sistema local de saúde em uma unidade de referência na atenção básica em Feira de Santana-BA**. 2004. Monografia (graduação em enfermagem). Departamento de Saúde/Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, 2004.

SANTOS, Rogério Carvalho. **Saúde Todo dia: uma construção coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

SANTOS, Adriano Maia dos. **Da fragmentação à integralidade: construindo e desconstruindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família em Alagoinhas - BA**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Departamento de Saúde/Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, 2005.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da Saúde e Poder Local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, Maria Sônia Fleury. Reflexões sobre a proposta de gestão do sistema local de saúde. In: BRASIL. **Cadernos da Nona**. Brasília-DF, 1992.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro (RJ). V.27, n.65, set/dez. 2003. p. 257-277.

THOMAS, Vinod. **Os avanços sociais no Brasil**. Disponível em: <http://www.obanco mundial.org>. Acesso em 21 de Novembro de 2005.

TRAVASSOS, C. Equidade e Sistema Único e Saúde: uma contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 13, n. 2, abr./jun. p. 325-330, 1999.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais – a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
AUTORIZADA PELO DECRETO FEDERAL Nº 77.496 DE 27.4.1976
Reconhecida pela Portaria Municipal nº 874/86 de 19.12.86
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC)

Feira de Santana – BA, 06 de Abril de 2006.

Ilmo. Sr^a
Dr^a. Tânia Brito
Secretario de Saúde do Município de Jequié – Bahia

Vimos por meio desta, pedir a vossa compreensão e colaboração, para a viabilização da pesquisa intitulada “(Organização dos Serviços de Atenção Básica à Saúde no Sul da Bahia)”, de autoria de Marcus Vinicius Silva Menezes, discente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), tendo como orientadora da Prof^a Dr^a Maria Marluce Araújo Assis, pesquisadora do Núcleo de Saúde Coletiva (NUPISC). O referido projeto tem por objetivo descrever e analisar a estrutura e produção dos serviços de atenção básica na macrorregião Sul da Bahia.

A investigação utiliza fontes secundárias oriundas de Banco de Dados do Sistema de Informações do SUS (DATASUS), da 13^a Dires e Secretaria Municipal de Saúde. O estudo é considerado de grande relevância social, pois poderá subsidiar a reflexão sobre a formulação de políticas e implementação de práticas de saúde, que possam redefinir o papel da atenção básica no processo de organização das ações de saúde na referida região.

Em resumo, solicitamos dados sobre a estrutura da rede e a produção de serviços de atenção básica à saúde, além dos seguintes documentos: Relatório de Gestão, Relatório da Programação Pactuada Integrada e Plano Municipal de Saúde, referentes ao período de 1998-2005.

Este trabalho é um subprojeto do Projeto de Pesquisa – “Organização dos Serviços de Atenção Básica no processo de Descentralização da Bahia (1998 – 2005)”, financiado pela FAPESB.

Desde já agradecemos.


Profa. Dr^a. Marluce Maria Araújo Assis
Coordenadora do NUPISC e do Projeto


Marcus Vinicius Silva Menezes
Mestrando