



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LAÍS FARIAS DA SILVA DEIRÓ
NEILA PIEROTE GASPAR NASCIMENTO**

**ANÁLISE DO CONTEXTO DA PRÁTICA DA ENFERMEIRA
NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM FOCO NA
INTEGRALIDADE**

Salvador
2010

**LAÍS FARIAS DA SILVA DEIRÓ
NEILA PIEROTE GASPAR NASCIMENTO**

**ANÁLISE DO CONTEXTO DA PRÁTICA DA ENFERMEIRA
NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM FOCO NA
INTEGRALIDADE**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Meira de Melo

Salvador
2010

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

D324 Deiró, Laís Farias da Silva

Análise do contexto da prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família com foco no princípio da integralidade / Laís Farias da Silva Deiró; Neila Pierote Gaspar Nascimento. – Salvador, 2010.

73 f.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cristina Maria Meira de Melo
Monografia (Graduação) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2010.

1. Enfermagem. 2. Saúde Pública. 3. Programa de Saúde da Família. I. Nascimento, Neila Pierote Gaspar. II. Melo, Cristina Maria Meira de. III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU: 614.2

DEIRÓ, Laís Farias da Silva; NASCIMENTO, Neila Pierote Gaspar. **Análise do contexto da prática da enfermeira no programa de saúde da família com foco na integralidade.** 2010. 73 f. (trabalho de conclusão de curso). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2010.

RESUMO

Este estudo tem como tema as práticas da enfermeira no Programa Saúde da Família (PSF) com foco no princípio da Integralidade. Procura responder ao pressuposto de que o contexto não favorece para que a prática da enfermeira seja focada no princípio da integralidade. O objetivo é analisar o contexto onde se desenvolvem as práticas da enfermeira no PSF no município de Salvador, Bahia, explicando a distância das práticas da enfermeira no PSF do princípio da integralidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica, com abordagem qualitativa. Foi realizada a análise de contexto do PSF no município de Salvador através da técnica de análise de contexto SWOT. Foram feitas análises contrastadas com os dados obtidos durante a observação das práticas das enfermeiras em uma unidade de saúde da família. Os resultados mostram que a precarização dos vínculos de trabalho, a contratação ilegal dos profissionais, a não regulação do trabalho, a falta de médico no PSF, a falta de infra-estrutura adequada das USFs, a deficiência na organização do serviço e as irregularidades do financiamento são algumas das principais causas estruturantes que afetam a prática da enfermeira na atenção à saúde da população com foco no princípio da integralidade. Confirma-se que a prática da enfermeira encontra-se distanciada do princípio da integralidade. Conclui-se que o contexto não favorece para que a prática da enfermeira seja focada no princípio da integralidade.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Pública. Atenção Básica à Saúde. Assistência Integral à Saúde.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABM	Associação Baiana de Medicina
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CLS	Conselho Local de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
Conder	Companhia de Desenvolvimento Urbano da Bahia
CSM	Centro de Saúde Mental
DEM	Partido Democratas
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPEX	Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde

FPM	Fundo de Participação de Municípios
IAF	Instituto dos Auditores Fiscais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PT	Partido dos Trabalhadores
REDA	Regime Emergencial de Direito Administrativo
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RSEB	Real Sociedade Espanhola de Beneficência
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Sesab	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
Siab	Sistema de Informação da Atenção Básica
Sindseps	Sindicato dos Servidores da Prefeitura de Salvador
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
THD	Técnico de Higiene Dental
UAO	Unidade de Atendimento Odontológico
UBS	Unidade Básica de Saúde

Ufba	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPB	União dos Municípios da Bahia
VISA	Unidade de Vigilância Sanitária

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Análise de contexto segundo o modelo SWOT, 2006.	27
Quadro 2	Ausência de médicos e suas consequências no PSF, 2009.	30
Quadro 3	A falta e deficiência de concursos públicos, 2009.	34
Quadro 4	As irregularidades de contratações de profissionais, 2010.	38
Quadro 5	Diversos aspectos da organização e prestação de serviços, 2009-2010.	41
Quadro 6	Desvio de verbas, 2009-2010.	49
Quadro 7	Orçamentos estadual e municipal da saúde do município de Salvador, Bahia, 2009-2010.	53
Quadro 8	Inserção do Conselho Municipal de Saúde nas tomadas de decisões, 2010.	54
Quadro 9	Gastos sem processo licitatório e servidores fantasmas, 2010.	57
Quadro 10	Gestão, financiamento do SUS e corrupção, 2009-2010.	59
Quadro 11	Análise de contexto do município de Salvador, segundo o modelo SWOT (adaptado), 2010.	61

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 SÍNTESE DESCRITIVA DOS RESULTADOS DA LINHA DE BASE AVALIATIVA DA REDE DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR, BAHIA	17
2.1 AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO DAS POLÍTICAS ESPECÍFICAS NA ATENÇÃO BÁSICA	17
2.2 AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E PRÁTICAS	19
2.3 AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS	21
2.3.1 Avaliação das práticas das enfermeiras	23
3 METODOLOGIA	25
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 LOCAL DO ESTUDO	25
3.3 COLETA DE DADOS PARA ANÁLISE DO CONTEXTO	26
3.4 ANÁLISE DE CONTEXTO	27
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	28
4 ANÁLISE DO CONTEXTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso é um recorte de uma dissertação intitulada Avaliação da Rede de Unidades de Saúde da Família com foco na Integralidade, o qual é parte de um projeto maior, denominado Avaliação das Práticas de Saúde na Atenção Básica à Criança com foco na Integralidade (MELO; COSTA; SANTOS & LA TORRE, 2007), coordenado pela mesma orientadora e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb). Este estudo tem como tema as práticas da enfermeira no Programa Saúde da Família (PSF) com foco no princípio da Integralidade.

Inicialmente trazemos uma discussão sobre algumas concepções de prática através do significado da palavra práxis a qual, na língua alemã, significa pura e simplesmente “prática” ou “atividade” (KONDER, 1992, p. 103). Na concepção de Marx, a práxis não se resume a esses dois termos, mas envolve a atividade política do cidadão, sua participação nos debates e nas deliberações da comunidade, suas atitudes na relação com outros cidadãos, a ação moral, intersubjetiva (KONDER, 1992).

Para Konder (1992), a práxis é a atividade concreta pela qual os sujeitos humanos se afirmam no mundo, onde para modificar a realidade objetiva precisam transformar-se a si mesmos. É a ação que precisa da reflexão, do autoquestionamento e da teoria, a qual remete à ação e enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática. Ainda de acordo com o mesmo autor, práxis e teoria são interligadas e interdependentes, pois a teoria é um momento necessário da práxis, e essa necessidade é uma característica que distingue a práxis das atividades meramente repetitivas, cegas, mecânicas e abstratas.

Segundo Adolfo Sánchez Vázquez (*apud* KONDER, 1992, p. 116): “Toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis”. A práxis é a atividade que precisa da teoria, que para se tornar mais humana precisa ser realizada por um sujeito mais livre e mais consciente.

Ao associarmos a concepção de práxis de acordo com Marx, e visto que no Programa de Saúde da Família o profissional é parte integrante de uma equipe, tem participação no processo decisório, e acima de tudo está sempre em relação com a comunidade,

compreendemos que as práticas em saúde, de acordo com Almeida e Rocha (1997), são parte de um processo de trabalho histórico, coletivo, organizado socialmente para atender aos carecimentos sociais, que estão, por sua vez, associadas ao modo de produção capitalista e às políticas sociais.

O Programa de Saúde da Família foi implantando a partir de 1994, como um meio de mudança do modelo de atenção à saúde e para reorganização da produção do cuidado. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica reafirmou o PSF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para a organização da atenção básica. Além disso, o PSF também apresenta como uma das propostas para reorientação da saúde o modelo de vigilância à saúde, o qual propicia a reorganização dos serviços valorizando a atenção primária como o primeiro nível do sistema, buscando sempre a resolutividade dos problemas de saúde.

O PSF propõe uma nova forma de cuidar da saúde das populações, delimitadas em territórios adscritos à unidade básica de saúde, com ênfase na atenção à família, no trabalho em equipe multiprofissional, no planejamento local participativo, na parceria com outras instituições e outros setores, e nas ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação. Segundo Giovanella (2009), atualmente o PSF opera em 94% dos municípios brasileiros e tem uma cobertura populacional de 48%.

De acordo com Nascimento & Nascimento (2005), as práticas das enfermeiras do PSF se classificam em gerenciais, assistenciais e educativas. Para tanto, os profissionais utilizam-se de uma dada organização tecnológica do trabalho em saúde, com práticas articuladas de promoção, prevenção de doenças e agravos, recuperação e reabilitação da saúde de grupos populacionais e intervenções sobre a família. Isto tem resultado na reestruturação da atenção básica e na reorganização do sistema local de saúde, priorizando dessa forma as ações de caráter coletivo e preventivo, além das ações de cunho individual e curativo, até então predominantes.

A Portaria n. 648 do ministério da Saúde traz uma gama de atribuições da enfermeira no PSF, atribuições essas que são de suma importância para a implantação do PSF como estratégia de reorganização da atenção básica: realizar assistência integral às pessoas e famílias na Unidade de Saúde da Família (USF) e, quando indicado ou necessário no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realizar consultas de enfermagem,

solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e gestores; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, agente de consultório dentário (ACD) e técnico de higiene dental (THD); e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

Segundo Ermel (2006), o trabalho da enfermeira no PSF se constitui em ações de monitoramento das condições de saúde, de levantamento e monitoramento de problemas de saúde e do exercício de uma prática de enfermagem comunicativa. Como prática social, deve sempre responder as exigências sociais e de saúde de um lugar socialmente determinado.

Ao longo do tempo, a prática da enfermeira tem se alicerçado em uma organização do processo de trabalho no modelo clínico de atenção, tendo como objeto de trabalho a cura dos corpos individuais por meio do cuidado, pautado no modelo econômico liberal privatista. A tentativa de mudança desta prática na atenção básica para um novo modelo de atenção à saúde se justifica porque as mesmas estão focadas para o atendimento da enfermidade e não da pessoa. Ou seja, as práticas permanecem pautadas nos chamados programas especiais, centrados nos aspectos biológicos e que geram a fragmentação das ações (OLIVEIRA & CASANOVA, 2009).

Entre as recentes propostas de reorientação das práticas de atenção à saúde destaca-se uma forte tendência à superação de modelos de atenção centrados na doença, em favor de outros orientados ativamente em direção à saúde e às práticas de promoção e de prevenção. Nesse sentido, a reorganização do modelo de assistência à saúde no Brasil favoreceu a expansão da atenção básica, sendo o Programa de Saúde da Família adotado na Política Nacional de Atenção Básica como estratégia para efetivar essa mudança de modelo assistencial, assumindo como foco o princípio da integralidade na atenção.

A valorização da dimensão subjetiva das práticas de saúde, das vivências dos usuários e dos trabalhadores do setor, além da preocupação com a constituição dos sujeitos sociais, tem proporcionado espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação (PAIM, 1997 *apud* PAIM, 2007).

No entanto, segundo Oliveira & Casanova (2009), a centralidade do atendimento na enfermidade e não na pessoa, a falta de diálogo e, principalmente, a dificuldade de apreensão ampliada das necessidades de saúde colocadas pela população atendida são uma das críticas mais recorrentes ao arranjo das práticas de saúde predominantes na atenção básica. Além disso, são comuns as chamadas oportunidades perdidas de prevenção de agravos ou de promoção da saúde nas consultas, que costumam ser realizadas pontualmente.

Ainda de acordo com os mesmos autores acima referidos, os profissionais de saúde não precisam dominar todo o conhecimento sobre determinado problema ou agravo em saúde, mas ampliar e redefinir as ações, integrando saberes e práticas das diversas áreas, em caráter complementar, por meio de uma visão abrangente e uma ação integral.

Estas características também estão presentes na prática da enfermeira, e tais fatores dificultam a articulação do trabalho em equipe, reforçando intervenções pontuais e organizadas de modo fragmentado entre os saberes especializados dos profissionais e trabalhadores componentes da equipe de saúde da família.

A integralidade na saúde deriva de uma noção da medicina integral, que se origina nas discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Segundo Mattos (2001), no Brasil este movimento associou-se à medicina geral comunitária ou a medicina preventiva, constituindo, posteriormente, uma das bases do movimento sanitário que se consolidou nos anos 1980. É um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) consagrado pela Constituição de 1988, que não utiliza a expressão integralidade, mas a define como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, artigo 198).

Há quatro perspectivas que contemplam a integralidade, tomando como base as concepções da Reforma Sanitária Brasileira. A primeira concebe a integralidade como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de

atenção primária, secundária e terciária; na segunda a integralidade é compreendida como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; a terceira, como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; e a quarta como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM, 1997 *apud* MATTOS, 2001).

Ayres (2004) considera que a relevância da integralidade na reorientação dos modelos assistenciais está no fato de ser o princípio do SUS que imprime racionalidade ao sistema, contrapondo-se à visão reducionista e fragmentada dos indivíduos. Além disso, avaliar estas práticas na perspectiva da integralidade é um recurso técnico-político relevante neste momento em que se busca reorganizar o modelo de atenção conforme aos princípios do SUS.

O conceito de integralidade é uma das bases para sustentar a criação do SUS e seu cumprimento pode contribuir para garantir uma assistência de qualidade. Quando se fala de integralidade, entende-se que sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde-doença (CAMPOS, 2003).

Integralidade é um termo polissêmico, ou seja, tem vários sentidos. É uma bandeira de luta ou imagem-objetivo, que fala de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois está relacionada a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. Segundo Mattos (2001), identificam-se três grandes conjuntos de sentidos da integralidade: o primeiro conjunto se refere aos atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados a uma boa prática; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; e o terceiro às respostas governamentais aos problemas de saúde.

Por ser um termo polissêmico, a integralidade deve ser explicitada em cada contexto específico. Nesse sentido, o conceito de integralidade adotado neste trabalho, segundo Pinheiro e Luz (2003, p. 17), é o de “uma ação social resultante das interações dos atores na relação entre demanda e oferta no cotidiano de suas práticas e nos diferentes níveis de atenção de sistema de saúde”.

Vale ressaltar, portanto, que entendemos integralidade neste estudo de acordo com os sentidos estabelecidos por Mattos (2001), ou seja, de acordo com a dimensão das políticas específicas, a dimensão da organização dos serviços e das práticas, e a dimensão das práticas dos profissionais, da qual fazemos um recorte da prática da enfermeira.

O foco no princípio da integralidade justifica-se, pois dentre os princípios e diretrizes do SUS este talvez seja o menos perceptível na organização e execução dos serviços de saúde. Este pressuposto também é defendido por Mattos (2004), quando ele faz referência a este princípio relatando que talvez seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Segundo Conill (2004), avaliar a integralidade é importante para o monitoramento desse princípio na prestação dos serviços de saúde e envolve aspectos como o fato do processo saúde doença ser multifatorial, a diferença entre a dimensão individual e coletiva do conceito de qualidade, a relatividade da noção de valor e o fato de que os processos avaliativos lidam com relações sociais e processos organizacionais complexos.

Neste estudo, a compreensão da integralidade é como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, especialmente das enfermeiras na Atenção Básica, ou seja, um valor que se expressa na forma como estas profissionais respondem aos usuários que as procuram na USF. Deste modo a integralidade compreende atender de modo abrangente as necessidades dos usuários do SUS, gerando e aproveitando as oportunidades de aplicação de técnicas de prevenção e levando em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle de doenças.

No cotidiano a prática em enfermagem no campo da Saúde Coletiva configura-se na inter-relação do seu espaço com outras práticas de saúde. Essa prática é influenciada e influencia, transforma, mas também é transformada, sendo vista como uma prática social. Dessa forma, não é uma prática neutra, pois a forma como se organiza, como realiza ou não as ações, determina uma posição de manutenção ou de transformação do estado das coisas, da situação de saúde da população (MATUMOTO et al. *apud* LIMA, 2000 *apud* GIROTI, 2008).

Baseando-se no parágrafo acima, este estudo justifica-se porque as enfermeiras, como membro da equipe multiprofissional, têm um papel fundamental na Atenção Básica, que se estende desde as ações gerenciais até assistenciais, e principalmente na coordenação do

processo de trabalho da equipe de enfermagem e, no espaço do PSF, também do processo de trabalho da própria equipe mínima. De acordo com Machado (1999) *apud* Araújo & Oliveira (2009), a profissão no campo da Enfermagem faz parte das profissões essenciais a qualquer sistema de saúde que pretende ofertar atendimento de qualidade, ou seja, a profissão da enfermeira é essencial, de utilidade pública e de valor social inquestionável.

Segundo Araújo & Oliveira (2009), a assistência à saúde da família brasileira não poderá prescindir da atuação da enfermeira, uma vez que o objetivo dessa assistência é transformar a história das práticas e dos resultados das intervenções, o que encontra grande ressonância com o campo da Enfermagem, que tem uma forte relação com as mudanças. As autoras ainda afirmam que se trata de uma profissional apta a participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil, por representar atualmente mais de 80% do efetivo que atua nos programas de saúde pública.

A análise do contexto geral onde se exercem as práticas da enfermeira no campo do PSF torna-se imprescindível para compreender os fatores determinantes e condicionantes da atenção a saúde neste espaço de atuação, dado que é pouco conhecida a influência do contexto sócio-político-econômico nas práticas da enfermeira.

Por possuir uma relevância social, a compreensão da efetividade da prática das enfermeiras nas equipes de saúde da família faz-se necessária, uma vez que esta prática surge como prática social, determinada historicamente, para legitimar-se no contexto político social do setor saúde, de modo a contribuir para a construção de um projeto político para a Enfermagem (NASCIMENTO & NASCIMENTO, 2005). Além disso, as práticas em enfermagem podem facilitar a construção de novos saberes e a produção de novos conhecimentos no sentido de elaborar proposições para a efetivação deste novo modelo de atenção.

Além disso, a observação das práticas das enfermeiras durante o curso de graduação nos serviços de atenção básica nos fez perceber o quanto é difícil praticar a integralidade no cotidiano do serviço, de acordo com o conceito assumido neste estudo. Diante do exposto, surgiu a inquietação em saber o que influencia esta situação, tentando desta forma buscar no contexto da prática profissional da categoria a explicação de uma prática distante da integralidade.

Este projeto tem como objeto de estudo o contexto no qual se exercem as práticas da enfermeira no PSF no município de Salvador, com foco no princípio da integralidade. A questão que norteia a pesquisa é: Qual é o contexto em que as práticas das enfermeiras se distanciam do princípio da integralidade?

Conforme Oliveira & Casanova (2009), a prática da enfermeira na Atenção Básica, que está inserida no contexto das práticas de saúde, está limitada ao modelo biomédico, centrada na doença, pautada nos programas verticais, com a idéia de que as pessoas só procuram o serviço de saúde por apresentarem algum sofrimento e não guiada por uma visão abrangente das necessidades dos indivíduos os quais cuidam. Baseando-se nesta afirmação, o pressuposto deste estudo é que o contexto não favorece para que a prática da enfermeira seja focada no princípio da integralidade.

O pressuposto acima firma-se no estudo de linha de base avaliativa realizado por Silva (2010), em que a autora concluiu que a rede de unidades de saúde da família no município de Salvador encontra-se distanciada do princípio da Integralidade, e que o grau de distanciamento deste princípio varia para cada um dos doze distritos sanitários. Apesar desta constatação, vale ressaltar que a pesquisa aponta que, dentre as dimensões estudadas, a que apresentou melhor resultado foi a dimensão das práticas dos profissionais, merecendo destaque os distritos sanitários de Brotas e Centro Histórico, no que diz respeito a maior proximidade das práticas dos profissionais com o princípio da Integralidade.

Partindo do pressuposto acima, o objetivo da pesquisa é analisar o contexto onde se desenvolvem as práticas da enfermeira no PSF no município de Salvador, Bahia.

Em um estudo de Silva et al. (2007) sobre a Integralidade, as participantes da pesquisa afirmaram que na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual poderia representar uma possibilidade de integralidade focalizada, o que ainda prevalece é o atendimento à demanda espontânea e atenção ao sofrimento manifesto pelo usuário, revelando a falta da integralidade. Confirmam, ainda, a reprodução de um modelo de atenção à saúde focado apenas no indivíduo, na doença e no tratamento.

2 SÍNTESE DESCRITIVA DOS RESULTADOS DA LINHA DE BASE AVALIATIVA DA REDE DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR, BAHIA

Descrevem-se neste capítulo as principais características da pesquisa avaliativa de linha de base do qual este trabalho de conclusão de curso é parte integrante. No projeto maior foram utilizadas na avaliação com foco no princípio da Integralidade as três dimensões definidas por Mattos (2001) como constituintes e reveladoras do princípio da Integralidade: a dimensão das políticas específicas na Atenção Básica, da organização dos serviços e das práticas e das práticas dos profissionais. Neste estudo a ênfase será dada à dimensão das práticas dos profissionais, a qual, de acordo com Silva (2010) obteve o melhor resultado na avaliação da rede unidades de saúde da família em Salvador, Bahia.

O estudo de Silva (2010) foi de natureza avaliativa, quantitativa, tipo estudo de linha de base. Tem como objetivo avaliar a rede de unidades de saúde da família com foco no princípio da Integralidade. As três dimensões da Integralidade citadas acima serviram como base para construção dos indicadores e avaliação da rede. Os resultados indicam uma distância entre a rede de unidades de saúde da família de Salvador e o princípio da Integralidade.

2.1 AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO DAS POLÍTICAS ESPECÍFICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Dois indicadores foram utilizados nesta dimensão: o primeiro é o percentual de cumprimento de metas pactuadas no Pacto pela Saúde e o segundo é o processo participativo na tomada de decisão.

No primeiro indicador, referenciado no Pacto pela Saúde, foram analisadas as metas pactuadas em 2008 pelo município de Salvador, referentes ao Pacto pela Vida e registradas em 2008 no Relatório da Atenção Básica para Manutenção do Incentivo Financeiro.

As metas analisadas foram: a média anual de 1,03 consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas; a média mensal de 0,3 visitas realizadas pelos Agentes

Comunitários de Saúde (ACS); 30% de cobertura da estratégia saúde da família; 19,36% de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados e 17,1% portadores de Hipertensão Arterial cadastrados.

Os resultados mostram que, das metas citadas acima, somente as visitas realizadas pelos ACS conseguiu ultrapassar a média, atingindo 1,05%. E que a cobertura da ESF e a média das consultas médicas por habitantes não chegaram nem a metade do valor pactuado. A cobertura da ESF atingiu a média de 10,17%, sendo que a meta era 30% e a média de consultas médicas por habitante atingiu 0,4% sendo que a meta era de 1,03%.

Como justificativa para os resultados encontrados tem-se que o déficit de profissionais na Atenção Básica interfere no cadastramento das equipes da ESF, conseqüentemente na cobertura da mesma, e que a falta de médicos na composição da equipe dificulta alcançar o número de consultas médicas desejadas.

Além disso, os resultados demonstram a necessidade de intensificar as ações planejadas para diagnóstico precoce da hipertensão arterial e diabetes mellitus, além de implementar busca ativa através de visitas domiciliares, evitando que os portadores dessas patologias que são cadastrados abandonem o tratamento. E, mesmo com o número insuficiente de ACS em algumas áreas, eles vêm realizando continuamente as visitas domiciliares.

O segundo indicador tem como variáveis a existência de projetos de saúde voltados para a atenção individual e/ou coletiva da população adscrita e a existência de conselho local de saúde. Foram analisadas as respostas dadas pelos gestores e pelos profissionais de saúde e o tratamento dos dados foi feito separadamente por informante.

Quando questionados sobre a existência de conselhos locais de saúde (CLS) os gestores de oito unidades responderam que este não existia na sua área de abrangência e cinco responderam que sim, mas que não tem um funcionamento pleno e regular. As cinco USF com CLS estão localizadas em três distritos sanitários (Brotas, Cajazeiras e Barra/Rio Vermelho).

Os gestores e profissionais foram questionados quanto à existência de algum projeto ou ação proposta pela equipe levando em consideração os problemas de saúde mais comuns da população da área de abrangência da USF. 61,5% dos profissionais negaram a existência de

iniciativas de qualquer natureza nesse aspecto, 38.5% afirmaram que há alguma atividade/projeto em andamento. Quanto aos gestores, 53,9% deles afirmaram que existe algum projeto desenvolvido pela equipe especificamente para a população adscrita.

No entanto, quando questionados quanto à natureza de tais projetos, muitos profissionais informaram que realizam palestras e grupos específicos (de hipertensos, gestantes, prevenção de cáries) que já fazem parte do elenco mínimo na atenção à saúde da família.

Diante do exposto acima, pode-se afirmar que quanto à dimensão das políticas específicas para a Atenção Básica, a rede de USF ainda está distante do princípio da integralidade, considerando que a participação da comunidade e a elaboração de projetos específicos são requisitos mínimos para o alcance deste princípio. Esta dimensão foi a que apresentou resultado menos favorável, devido a exclusão da população no processo decisório, a baixa cobertura do PSF e o não alcance das metas pactuadas.

2.2 AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E PRÁTICAS

Esta dimensão aborda os seguintes indicadores: o processo de gestão e a organização de processos de trabalho do serviço de saúde.

No processo de gestão as variáveis avaliadas foram a utilização contínua de mecanismos de planejamento na organização dos serviços e a utilização contínua de monitoramento da produção de serviços, cujas fontes de informações foram os gestores de cada USF e as enfermeiras.

Quando questionados sobre a utilização contínua de planejamento na organização dos serviços, o percentual de gestores que se utilizam deste instrumento de gestão ainda é baixo (69,2%), uma vez que o planejamento é um instrumento importante para organizar os serviços de saúde. Em relação aos profissionais o dado obtido não foi muito diferente do anterior, sendo que 66,7% referem fazer planejamento contínuo em suas práticas de saúde. Sobre o monitoramento da produção de serviços, apenas três gestores responderam realizá-lo semanalmente e os outros sete dizem realizar mensalmente como forma de alimentar o

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Quanto aos profissionais, 61,9% afirmam realizar monitoramento, sendo que destes apenas 7,7% dizem fazer semanalmente, enquanto que 92,3% realizam mensalmente.

O indicador organização de processos de trabalho envolve três variáveis: existência de iniciativas de educação permanente ofertadas pela organização; reorganização do processo de trabalho a partir dos resultados da avaliação dos serviços; e o tipo de vínculo empregatício dos trabalhadores de saúde.

Em relação à participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente (curso, treinamento, capacitação, etc.) nos últimos seis meses antes da entrevista, 78% dos entrevistados disseram ter participado, dos quais 94,4% relataram terem sido estas atividades oferecidas pelo serviço e 5,6% feito por iniciativa própria ou do conselho profissional. Além disso, a maioria que realizou educação permanente afirmou que tal atividade foi coerente com sua prática no serviço atual.

A segunda variável diz respeito à ocorrência de alguma mudança no processo de trabalho da equipe nos últimos três meses e se essa mudança foi realizada com base na avaliação dos serviços feita pela equipe. Segundo a maioria (57,1%) dos profissionais, houve alguma mudança no processo de trabalho nesse intervalo de tempo, dos quais 58,3% afirmaram que tais mudanças foram realizadas com base na avaliação dos serviços. Os outros 41,7% dizem ter tido alguma mudança no processo de trabalho no último trimestre, entretanto não foram decorrentes de avaliação feita pela equipe, mas decorrentes de mudanças relacionadas a determinados limites como falta de carro para realização de visita domiciliar, redução do número de visitas domiciliares por medo da violência ou ainda outras demandas da Secretaria Municipal da Saúde.

Em relação aos vínculos empregatícios dos trabalhadores de saúde, observa-se que a maioria encontra-se vinculada através de regimes emergenciais de contratação como o Termo de Ajuste de Conduta (TAC) ou Regime Emergencial de Direito Administrativo (Reda), sem garantia de direitos trabalhistas. Do total de 111 profissionais entrevistados, apenas cinco são concursados: três enfermeiras, um auxiliar de enfermagem e um odontólogo. Foram excluídos os 181 agentes comunitários de saúde, pois estes têm uma forma de contratação específica e regulamentada pelo Ministério da Saúde.

Após descrição individual dos indicadores e variáveis, os mesmos foram consolidados e os distritos sanitários receberam pontuação de acordo com os resultados encontrados.

O fato do planejamento e monitoramento dos serviços de saúde não serem realizados continuamente pela maioria dos profissionais entrevistados levou a que nenhum distrito sanitário obteve pontuação no indicador processo de gestão. No indicador organização de processos de trabalho os distritos que obtiveram melhor pontuação foram Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras.

Pode-se afirmar que quanto à dimensão da organização dos serviços e da prática, a situação é precária para toda a rede de unidades de saúde da família em Salvador e que a mesma ainda está distante do princípio da integralidade. Pois, observa-se que não há continuamente planejamento, monitoramento e nem avaliação do processo de trabalho dos serviços de saúde e há a precarização dos vínculos empregatícios.

2.3 AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS

Neste primeiro momento descrevemos as práticas de todos os profissionais que compõem a equipe mínima do PSF (médico, enfermeira, odontólogo, agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário), e em seguida serão descritos apenas as práticas das enfermeiras, a qual é nosso objeto de estudo.

Esta dimensão inclui os seguintes indicadores: foco das ações dos profissionais; processo de cuidado; relação profissional-paciente e relação profissional-serviço.

No indicador do foco das ações as variáveis analisadas foram: a escuta ampliada e capacidade de intervenção sobre os problemas identificados, bem como a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Com os dados da pesquisa, infere-se que os profissionais do PSF afirmam escutar de forma ampliada os usuários, identificando outros problemas além das queixas que os motivaram a procurar o serviço de saúde. Esses profissionais também afirmam intervir sobre esses problemas e seus determinantes. A violência doméstica, o uso de drogas e a prostituição são alguns dos problemas identificados pelos profissionais de saúde, mesmo quando estes não são expressos diretamente pelo usuário dos serviços.

O processo de cuidado aborda as seguintes variáveis: se o usuário recebe orientações em relação à continuidade do tratamento e se o mesmo recebe orientações para a promoção do autocuidado. Segundo o resultado da pesquisa, a maioria dos usuários afirma que recebe orientações sobre a continuidade do tratamento e sobre o autocuidado. O distrito sanitário do Centro Histórico e o distrito sanitário do Cabula/Beirú foram os que mostraram os melhores resultados em relação ao processo de cuidado.

Para este indicador há alguns fatores que influenciam na resposta dada pelo usuário. Um desses fatores é a falta de informação do usuário em reconhecer seus direitos, bem como o fato das entrevistas terem sido feitas dentro da própria unidade de saúde, o que favorece a omissão dos fatos.

Quanto ao indicador relação profissional-paciente, as variáveis definidas foram: acesso do usuário ao profissional que o atendeu para esclarecer dúvidas e o grau de clareza da comunicação profissional-usuário. A pesquisa mostra que os usuários retornam à USF para esclarecer suas dúvidas e tem acesso ao profissional que o atendeu. Afirmam também entender tudo o que o profissional de saúde lhe explica, concordando que a comunicação é clara e acessível.

Há uma divergência de idéias nas respostas dos usuários, porque se eles entendessem tudo o que o profissional de saúde explica durante o atendimento não haveria necessidade de voltar para obter esclarecimentos. No entanto, os dados não são significativos para concluir que há uma boa comunicação, pois o percentual (26,8% para homens e 24,7% para mulheres) dos que não entenderam as explicações recebidas dos profissionais foi significativo.

Já os profissionais afirmam que não são compreendidos pelos usuários e justificam esta resposta devido a baixa adesão ao tratamento e a terapêutica prescrita. Buscando explicações para tal fato, pode-se analisar que o usuário muitas vezes não adere ao tratamento realmente porque não entendeu o que o profissional diz, mas pode ser também porque não pode seguir o que foi prescrito devido, por exemplo, falta de recursos financeiros e acesso a outros serviços ou porque ele não dá valor ou significado ao que foi prescrito.

Quanto à relação profissional-serviço, a pesquisa indicou que a maioria dos profissionais está satisfeita e se identifica com o trabalho que desempenham no PSF. Isto é importante

porque para trabalhar no PSF precisa-se ter perfil específico, que segundo Colomé (2005) inclui além do comprometimento, excelência técnica e resolutividade, a capacidade do profissional para compreender e atuar sobre a dinâmica familiar, por meio do trabalho em equipe, com respeito e integração entre os diferentes saberes. E gostar do que faz e ter afinidade pela área, dentre outros motivos, exige do profissional muita responsabilidade e compromisso social.

Por tudo isso, os dados acima permitem inferir que a dimensão das práticas profissionais foi a que obteve melhor resultado na rede de unidades de saúde da família, pois os profissionais informam ter uma escuta ampliada, identificar outros problemas além das queixas dos usuários e intervir sobre os mesmos, esclarecer dúvidas aos usuários, a maioria dos usuários afirmam receber orientações sobre a continuidade do tratamento e sobre o autocuidado, a maioria dos profissionais estão satisfeitos e se identificam com o trabalho que desempenham no PSF.

Observa-se que os Distritos Sanitários que mais se aproximaram do princípio da integralidade foram Centro Histórico e Brotas e o que ficou mais distante foi Barra/Rio Vermelho. Em relação à clareza na comunicação, apesar dos profissionais se declararem pouco compreendidos pelos usuários, esses, no entanto, afirmaram entender tudo o que os profissionais explicam. Embora os indicadores do processo de cuidado e relação profissional-paciente terem variado nos diferentes distritos, apenas um distrito ficou abaixo do ponto de corte no primeiro indicador.

2.3.1 Avaliação das práticas das enfermeiras

A descrição dos resultados das práticas das enfermeiras é um recorte da dimensão das práticas dos profissionais obtidos no projeto guarda-chuva. Para a pesquisa maior foram selecionadas dezessete enfermeiras membros da equipe mínima do PSF, as quais terão suas práticas neste ambiente de trabalho analisadas neste estudo.

Em relação aos dados sócio-demográficos desta categoria profissional, todas as participantes eram do sexo feminino. A idade média entre elas era de aproximadamente 34 anos, a maioria solteira (59%). Quando perguntadas sobre sua cor, 59% delas, aproximadamente, se consideravam da cor parda. Quanto à escolaridade, aproximadamente

76% das entrevistadas possuíam pós-graduação, sendo que as mais citadas foram nas áreas de Saúde Pública, Saúde Coletiva, Enfermagem do Trabalho e PSF. O tempo médio de serviço na unidade em que trabalhavam era de três anos e meio.

Quando questionadas sobre suas práticas na USF foram obtidos das enfermeiras os resultados abaixo descritos.

No indicador relação profissional-paciente, a maioria das enfermeiras considera que tudo que explica aos usuários é entendido por esses, afirmando assim que existe clareza na comunicação profissional-usuário.

No entanto, há uma divergência de resposta em relação a este indicador, pois quando descrito os resultados das práticas dos profissionais (médicos, enfermeiras e odontólogos), estes afirmam não serem compreendidos pelos usuários e justificam esta resposta devido à baixa adesão ao tratamento e a terapêutica prescrita. E quando descrito somente as respostas das enfermeiras, estas referem ser entendidas pelos usuários durante sua abordagem.

Sobre a relação do profissional com o serviço, a maioria das enfermeiras afirma que sempre ou muitas vezes se identificam com o trabalho exercido na unidade de saúde da família. Quanto à satisfação com esse trabalho, 94,12% das entrevistadas se dizem satisfeitas com o mesmo, dado bastante significativo pela importância dos papéis que esta categoria profissional desempenha no PSF.

Todas as enfermeiras afirmam identificar outros problemas além das queixas relatadas pelos usuários. E quando questionadas sobre se intervêm sobre esses problemas, a maioria (71%, aproximadamente) refere intervir muitas vezes ou sempre.

Embora a maioria dos profissionais responda muitas vezes ou sempre atuarem sobre as causas ou determinantes dos problemas apresentados pela população, não houve diferença significativa entre as alternativas de resposta como muitas vezes e poucas vezes.

Diante do exposto, analisa-se que da dimensão das práticas profissionais, a prática da enfermeira apresentou alguns resultados positivos. Esta profissional afirma ter uma escuta ampliada, ter uma boa comunicação com os usuários, estar satisfeita e ter identificação com o trabalho realizado. Reforçando a conclusão de Silva (2010) de que essa dimensão foi a que apresentou o melhor resultado, mas mostra que a prática profissional ainda não se aproxima do princípio da integralidade.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo se caracteriza por uma pesquisa descritiva analítica com abordagem qualitativa, uma vez que busca analisar o contexto da prática da enfermeira no PSF com foco no princípio da integralidade no município de Salvador, buscando explicações para os resultados obtidos na avaliação da rede de Unidades de Saúde da Família.

Segundo Cervo et al. (2007) a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los, procurando descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. Em suas diversas formas, trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO & SANCHES, 1993).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O local de estudo é o município de Salvador-Bahia. O município de Salvador está localizado na região litorânea do Estado da Bahia, tem uma superfície de 707 Km², com uma população estimada pelo IBGE/2010 de 2.480.790 hab.

Segundo o Relatório da Atenção Básica de 2009, Salvador apresenta 12 Distritos Sanitários e a rede de serviços municipais dispõe de 54 Unidades Básicas convencionais (UBS), 55 Unidades de Saúde da Família, 03 Centros de Saúde Mental (CSM), 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 09 Pronto Atendimento, 02 Unidades de Atendimento Odontológico (UAO), 05 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Policlínica/Centro de Saúde Carlos Gomes, 01 Centro de Especialidades Cardiológicas Adriano Pondé, 01 Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), 01 Unidade de Vigilância Sanitária (VISA), 01

Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e 01 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST).

Há 167 Equipes de Saúde da Família - ESF, sendo que 73 não estão aprovadas pelo CNES devido à inexistência de alguma categoria profissional que compõem a equipe mínima, 99 Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade I e não existe ESB na modalidade II devido à inadequação na dimensão dos consultórios odontológicos. Têm 1.612 Agentes Comunitários de Saúde – ACS, com 1.392 cadastrados no CNES.

A cobertura da Estratégia Saúde da Família (PSF) em Salvador no primeiro semestre de 2009 foi de 11 %. Essa situação ocorreu em função do déficit de ACS para cadastrar a população, do descredenciamento das ESF por falta de profissionais de saúde e a fragilidade na alimentação do SIAB. A Estratégia de Saúde da Família em Salvador tem buscado consolidar a reorganização das práticas de saúde e de um modelo de atenção voltado às especificidades dos problemas e das necessidades de saúde.

3.3 COLETA DE DADOS PARA ANÁLISE DO CONTEXTO

Para se analisar o contexto da prática da enfermeira no município de Salvador, os dados foram coletados no Jornal A Tarde, devido este ser o jornal de maior circulação no Estado da Bahia, e também através da observação das práticas das enfermeiras de uma USF pelas pesquisadoras desse estudo. Inicialmente, tinha-se a intenção de coletar dados também no site da Secretaria Municipal de Saúde, mas isto não foi possível devido este site não dispor de edições anteriores. Visto que o período pesquisado corresponde de julho de 2009 a março de 2010, intervalo no qual se realizou a coleta de dados quantitativos da avaliação da rede das unidades de saúde da família em Salvador.

Os dados do Jornal A Tarde foram coletados através de edições digitais anteriores (julho de 2009 a março de 2010) disponíveis no site <http://www.atarde.com.br/>. Para a obtenção dessas edições anteriores, fez-se a assinatura do Jornal a Tarde on line por três meses, intervalo no qual foi feito a coleta e análise dos dados, devido a dificuldade para se obter esses dados no acervo deste jornal.

Foi feito também a observação da prática da enfermeira de duas equipes mínimas em uma USF do município durante o período de agosto a dezembro de 2010, intervalo em que as pesquisadoras encontravam-se como estagiárias na USF. Foram apenas observadas suas práticas profissionais de saúde, sem interferência das pesquisadoras, e as agendas de atendimento das mesmas, além de conversa informal com as mesmas sobre o processo de trabalho delas na unidade. Toda observação e relatos das enfermeiras eram anotados no nosso diário de campo semanalmente.

3.4 ANÁLISE DE CONTEXTO

Foi realizada análise de contexto do PSF no município de Salvador, através da técnica de análise de contexto SWOT. Para uma análise mais aprofundada foram realizados contrapontos com os dados obtidos durante a observação das práticas das enfermeiras.

O modelo SWOT é um dos instrumentos capazes de perceber as características internas organizacionais e o ambiente externo a uma organização. Ele faz a combinação de forças e fraquezas de uma organização com as oportunidades e ameaças provenientes do mercado. Este instrumento apóia a tomada de decisão, reduzindo a incidência de erros devidos a ações mal planejadas. O modelo SWOT foi desenvolvido por Kenneth Andrews e Roland Christensen, dois professores da *Harvard Business School*.

O termo SWOT resulta da conjugação das iniciais das palavras anglo-saxônicas *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças). Assim, a análise SWOT corresponde à identificação por parte de uma organização e de forma integrada dos principais aspectos que caracterizam a sua posição estratégica num determinado momento, tanto a nível interno como externo, ou seja, a forma como a organização se relaciona com o seu meio externo e interno.

A análise externa, no âmbito da análise SWOT, tem como objetivo a identificação das principais oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) que num determinado momento se colocam perante a organização. Na análise interna, a análise SWOT propõe a identificação dos principais pontos fortes (*Strengths*) e pontos fracos (*Weaknesses*) característicos da organização num determinado momento. Uma coisa é perceber que o ambiente externo está mudando, outra é ter competência para adaptar-se a estas mudanças,

de forma a aproveitar as oportunidades e/ou enfrentar as ameaças. A correta listagem das suas forças e fraquezas dá à organização elementos importantes no que se refere à sua orientação estratégica.

		ANÁLISE INTERNA	
		S (strengths) Pontos fortes	W (Weaknesses) Pontos fracos
ANÁLISE EXTERNA	O (oportunities) Oportunidades	SO (maxi-maxi) Tirar o máximo partido dos pontos fortes para aproveitar ao máximo as oportunidades detectadas.	WO (mini-maxi) Desenvolver as estratégias que minimizem os efeitos negativos dos pontos fracos e que em simultâneo aproveitem as oportunidades emergentes.
	T (Threats) Ameaças	ST (maxi-mini) Tirar o máximo partido dos pontos fortes para minimizar os efeitos das ameaças detectadas.	WT (mini-mini) As estratégias a desenvolver devem minimizar ou ultrapassar os pontos fracos e, tanto quanto possível, fazer face às ameaças.

Quadro 1: Análise de contexto segundo o modelo SWOT (BICHO & BAPTISTA, 2006).

A análise SWOT deve ser feita e interpretada de forma integrada, conjugando os elementos da análise interna e externa. O diagnóstico resultante desta análise deve ser confiável e constituir uma fonte de informação e suporte adequada às necessidades da gestão estratégica, a qual se ocupa das decisões que delinham o futuro da organização a médio e longo prazo. Esta análise deve ser, tanto quanto possível, dinâmica e permanente. Além da análise da situação atual, é importante confrontá-la com a situação no passado, a sua evolução, a situação prevista.

Neste estudo, utilizou-se a Secretaria Estadual da Saúde (Sesab), o Ministério Público e o Ministério da Saúde como representantes para a análise externa e a Secretaria Municipal de Saúde como representante da análise interna. Buscando contrapontos e convergência entre as ações realizadas por estes para saber o contexto da prática da enfermeira no município de Salvador.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto obteve aprovação no Comitê de Ética na Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), obedecendo ao que preconiza a portaria 196/1996 que regulamenta pesquisa com seres humanos.

Quanto à coleta feita através da observação, também respeitou o que preconiza a portaria citada acima, pois a unidade de saúde não foi identificada e as pessoas observadas ficaram anônimas.

4 ANÁLISE DO CONTEXTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

Neste capítulo, apresenta-se a interpretação dos resultados a partir da análise dos dados obtidos no Jornal A Tarde e da observação das pesquisadoras em uma USF do município de Salvador. Esses resultados foram articulados com a fundamentação teórica, desencadeando a discussão. Foram construídas quatro categorias temáticas: déficit de médicos, regulação de trabalho, aspectos da organização e prestação de serviço e irregularidades no financiamento. Cabe salientar que essa separação é apenas para fins didáticos e de apresentação, pois as idéias são indissociáveis e interdependentes.

O diretor de Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde, Ricardo Heinzemann, na matéria Bahia comemora o Saúde da Família (02/12/09), relata que na Bahia, devido a um passado marcado por ausência de uma política consistente, os governos anteriores deixaram o PSF na Bahia com a pior cobertura do Nordeste. Atualmente a atenção básica vivencia um intenso processo de expansão e qualificação, através da política denominada “Saúde da Família de Todos Nós”.

Nestes três anos, o novo governo conseguiu uma veloz expansão, criando mais 356 equipes de saúde da família, totalizando 2.560 equipes cadastradas, que acompanham mais de 7,8 milhões de baianos, sendo o Estado do Nordeste com maior número de equipes e o 3º no País, alcançando 54% de cobertura. O governo estadual, junto com os municípios, já garantiu a regularização dos vínculos empregatícios de 98% dos agentes comunitários e substantivos investimentos em formação. Efetivando o maior programa de construção de Unidades de Saúde da Família do Nordeste, o governo entregará até o final de 2010 mais de 400 novas

unidades, beneficiando mais um milhão e meio de novos cidadãos (Ricardo Heinzmann, na matéria Bahia comemora o Saúde da Família, 02/12/09).

Segundo a matéria intitulada Cobertura de saúde da família de Salvador está abaixo do ideal de 28/09/09, houve a construção de 12 USF (oito pelo Estado e quatro pela Prefeitura), do Complexo Municipal de Vigilância à Saúde e havia previsão de construção de mais seis. Com isto, Salvador chegaria a um total de 175 unidades de saúde, número que é inferior ao de Fortaleza (247), por exemplo, cuja população é menor (2,4 milhões). A Secretaria Municipal da Saúde não respondeu aos questionamentos de A TARDE sobre este assunto.

Os resultados sobre o PSF obtidos com a coleta no Jornal A Tarde mostram que o município de Salvador tem a pior cobertura de equipes de saúde da família (94 equipes, em maio de 2009) entre as 17 capitais que precisam reduzir a mortalidade infantil. A cobertura populacional é baixa (11%, em maio de 2009), as condições de infra-estrutura da rede de serviços não são adequadas, há déficit de médico, precarização dos vínculos empregatícios, as condições de trabalhos são ruins e há irregularidades no financiamento do setor da saúde.

Segundo dados do Ministério da Saúde obtido em outubro de 2010, no ano de 2009 a cobertura populacional do PSF em Salvador foi de 10,65% e o número de equipes de saúde da família é 91. Estes dados estão abaixo dos resultados encontrados no jornal A Tarde referente ao mês de maio de 2009 (BRASIL, 2010).

Déficit de médicos

Quanto ao déficit de profissionais de saúde que trabalham no PSF, o resultado mostrou que há falta principalmente de médicos.

Data	Título	Autor	Resumo/Citações
21/10/09	Faltam 161 médicos na rede municipal	George Brito	“O déficit representa 20% do quadro geral da rede, um total de 802 médicos. O cenário mais grave se concentra no setor da atenção básica de saúde, capitaneada através de recursos do Programa Saúde Família (PSF).”
18/11/09	Faltam médicos no Estado para ocupar vagas ociosas		Estado e Município dão a mesma justificativa para a falta de médicos.
18/11/09	Prós e contras do SUS de Lula	Içara Bahia	Exemplo da moradora que enfrenta fila e demora para marcar a consulta.
10/12/09	MP pede o fim dos terceirizados	Regina Bochicchio	Recomendação do Ministério Público (MP) a Sesab, para o fim das mais de 350 contratações de médicos terceirizados.

Quadro 2: Ausência de médicos e suas consequências no PSF, 2009.

Isto é explicado por Nair Amaral, coordenadora de urgência e emergência da Secretaria Municipal da Saúde e pelo secretário estadual da Saúde, Jorge Solla. Segundo Nair, a ausência de profissionais de saúde não é por questões salariais: “É uma questão de falta de médicos no mercado”.

E o secretário estadual da Saúde concorda com ela, pois diz: “Temos muito mais postos do que profissionais. Não temos médicos. Hoje, formamos em Salvador o mesmo número de profissionais que formávamos da década de 1960”.

Segundo a matéria intitulada Faltam 161 médicos na rede municipal, de 21/10/09, o déficit desses profissionais representa 20% do quadro geral da rede, um total de 802 médicos. A situação mais grave é na atenção básica, principalmente no PSF.

Os resultados dessa pesquisa mostram que a ausência de médicos no PSF é um problema na Atenção Básica no município de Salvador. O médico generalista, juntamente com a enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um dentista, um técnico auxiliar de consultório dentário e seis agentes comunitários, faz parte da composição da equipe mínima do PSF, tendo um papel necessário para o atendimento integral à população adscrita.

As principais causas da falta do médico no PSF de Salvador são as péssimas condições de trabalho, a falta de segurança principalmente devido a violência, a baixa remuneração salarial e a instabilidade no emprego. Embora tanto o município quanto o estado, segundo Nair Amaral e Jorge Solla, afirmem que as causas não estão associadas às questões salariais e sim a falta de médicos no mercado, pôde-se analisar em um relato de um médico em entrevista ao jornal A Tarde que a causa não é só a falta de médico especializado para trabalhar no PSF, mas também os outros aspectos citados acima.

Em entrevista ao Jornal A Tarde (21/10/09), o médico de 32 anos que preferiu não se identificar, selecionado via Reda (Regime Especial de Direito Administrativo) para assumir plantões em uma unidade básica de saúde de Salvador, afirmou que abandonou o cargo devido às condições de trabalho, violência e remuneração.

Ele disse: “Sou clínico geral, estudei muito para chegar aonde cheguei e não aguentei me submeter a ganhar pouco mais de R\$ 3 mil por mês para trabalhar em péssimas condições”. De acordo com ele, a maioria de seus colegas se recusa a assumir cargos na Prefeitura devido aos baixos salários.

Quanto a remuneração salarial, Campos (2008) mostra que um inquérito nacional em 2001 verificou que os salários pagos aos profissionais médicos do PSF estavam, em média, 76% acima do mercado de trabalho. Ressaltando assim que geralmente o salário dos médicos do PSF tem sido superior à remuneração das demais especialidades médicas, nos mercados público e privado.

As conseqüências atingem a população, a organização do serviço, a atuação da equipe na qual se destaca a sobrecarga de trabalho da enfermeira e favorece a contratação ilegal de médicos, comprometendo assim a efetividade da ESF. Pois, de acordo com Campos (2008), a falta de médico com perfil adequado para atuar no Programa de Saúde da Família é uma questão que dificulta a implementação desse novo modelo.

Como disse o secretário estadual da Saúde Jorge Solla ao jornal A Tarde, quem mais sofre as conseqüências disto é a população, que fica na maioria das vezes sem o atendimento médico, tem que enfrentar a demora para a marcação de consulta e ainda as filas para serem atendidos, devido à superlotação das unidades de saúde.

Um exemplo é o da moradora de Pernambuco, Agripina, que chegou às 5h30 de um dia de semana para ser consultada por um profissional que “cuida da pressão”. A espera não foi apenas na fila longa, formada do lado de fora da unidade de saúde. A consulta havia sido marcada três meses antes. “Eu já vim várias vezes de madrugada. Eu já dormi na fila para marcar um preventivo. Uma vez, cheguei umas 21 horas, trouxe um banquinho de casa e sentei. Depois, outras pessoas foram chegando”, lembra. (Matéria: Prós e contras do SUS de Lula, 18/11/09)

Mas este problema influencia diretamente a organização do serviço e atuação da equipe. Por exemplo, ausência do médico é um impedimento para o aumento do atendimento, conforme Jorge Solla. No estudo de Silva (2010), esta relaciona a falta de médico no PSF em Salvador com a baixa média de consultas médicas por habitantes, não conseguindo atingir nem a metade da meta pactuada pelo Estado em 2008.

Em um estudo em Porto Alegre, Colomé (2005) analisou que a falta de profissionais, principalmente médicos, interfere significativamente na organização e na dinâmica do trabalho das unidades e contraria alguns pressupostos da ESF, pois prejudica o estabelecimento de vínculo e responsabilização dos profissionais com a comunidade, bem como o desenvolvimento do trabalho em equipe. Isto também provoca insatisfação dos usuários que reclamam, exercem uma cobrança e que gera ansiedade na equipe devido a sobrecarga de trabalho.

A sobrecarga de trabalho da equipe é um fato, principalmente para a enfermeira, pois a falta de médico faz com que a equipe fique desfalcada e aumente a demanda para estas profissionais. Isto pode dificultar a articulação das ações na equipe, na medida em que as enfermeiras não encontram tempo nem espaços no cotidiano para articular os diversos saberes e prática dentro da unidade e pode gerar desmotivação e insatisfação no trabalho.

Durante a observação na USF, percebemos que, embora a unidade de saúde tivesse médico nas duas equipes, um dos médicos não tinha perfil para o PSF e isto era um problema para a atuação da enfermeira. Os pacientes reclamam do atendimento e afirmam que não gostam de ser atendidos por ele. Isto, conseqüentemente favorece a sobrecarga de trabalho para a enfermeira e a insatisfação da mesma, devido a falta de perfil e compromisso do médico.

No estudo realizado por Medeiros et al (2007), os autores perceberam que dadas as condições de trabalho, a enfermeira muitas vezes acaba extrapolando seu próprio núcleo de responsabilidades, devido alguns PSF funcionarem sem a presença do profissional médico na equipe, ocorrendo situações nas quais a enfermeira entra no núcleo de atuação deste profissional.

Outra consequência é que, devido a escassez de médico, para tê-los na saúde pública e principalmente no PSF, se faz contratações de forma irregular como, por exemplo, através de via jurídica. Segundo a matéria publicada em 10/12/09 no jornal, o Ministério Público (MP), pediu a Secretaria de Saúde do Estado (Sesab) o fim das mais de 350 contratações de médicos via pessoa jurídica, por dispensa de licitação. E até a data de publicação da matéria, a Sesab não tinha respondido a esta recomendação.

Ao ser entrevistada sobre o assunto, a promotora Rita Tourinho explicou que “a contratação é nula” porque admitir médicos para a saúde pública pode, em último caso, acontecer até por meio do Reda. Esta mesma matéria mostra que essas contratações de forma irregular custam aos cofres públicos cerca de R\$ 160 milhões por ano.

Para suprir a necessidade de falta de médico na Atenção Básica em Salvador tem-se feito contratações ilegais desses profissionais, favorecendo a instabilidade no emprego. Só que ao mesmo tempo em que essas contratações tentam suprir esta necessidade, acaba gerando a rotatividade dos médicos, sendo uma das causas os contratos temporários. Isto é um fator que dificulta o atendimento integral aos usuários das USFs.

Conforme Campos (2008), a expansão do PSF ocorreu em um período de forte tendência de flexibilização das relações trabalhistas no Brasil, apresentando diversas formas de contratações. No SUS isso se revelou pelo aumento das terceirizações na contratação de mão-de-obra, na qual o gestor público contrata os profissionais por meio de outras organizações e não mais diretamente.

Esta situação não ocorre somente para a categoria médica. O problema da precarização dos vínculos empregatícios atinge também a todos os profissionais da saúde, incluindo as enfermeiras.

O déficit de médicos influencia na organização e dinâmica do serviço de forma que prejudica o trabalho em equipe e favorece a sobrecarga de trabalho para a enfermeira. A procura por esta profissional se torna maior, o que faz com que a demanda de usuários superlote a agenda de atendimentos e a sala de espera dos consultórios. Durante a consulta, a enfermeira muitas vezes precisa extrapolar seu núcleo de responsabilidades para suprir a falta do médico e conseguir resolver as queixas dos indivíduos, utilizando o tempo que poderia aproveitar melhor com o mesmo paciente ou com outro que está à espera.

Como a demanda da sala de espera é grande, a enfermeira se vê diante de uma situação em que ela precisa buscar resolutividade para todos que estão à espera de uma consulta com ela. Dessa forma, as consultas de enfermagem se tornam curtas e rápidas, a escuta ampliada fica prejudicada, a identificação de outros problemas além das queixas que os usuários trazem para a consulta também fica prejudicada, dificultando assim a intervenção e um olhar biopsicossocial sobre o indivíduo, família e comunidade.

Regulação de trabalho

A falta e deficiência de concursos públicos e a contratação de forma ilegal são os principais problemas relacionados com a precarização dos vínculos empregatícios no município de Salvador, dificultando a regulação do trabalho dos profissionais da saúde.

Data	Título	Autor	Resumo/Citações
28/09/09	Cobertura de saúde da família de Salvador está abaixo do ideal.	George Brito	“Ricardo lamentou o fato de Salvador não ter aderido à Fundação Estatal Saúde da Família”.
21/10/09	Faltam 161 médicos na rede municipal	George Brito	A instabilidade no emprego como justificativa para a falta de médico.
18/11/09	Mudanças políticas que interferem no SUS	Içara Bahia	Sistema Único de Saúde sofre com indefinições administrativas, como a ausência de um plano de carreira para os profissionais que atuam no sistema, sub-financiamento e descontinuidade administrativa.
18/11/09	Prós e contras do SUS de Lula	Içara Bahia	Avaliação sobre o SUS: ausência do Plano de carreira dos profissionais.
01/12/09	Concurso da Sesab é	Alana Fraga	MP suspende concurso da Sesab

	suspenso pela Justiça		devido irregularidades.
02/12/09	Bahia comemora o Saúde da Família	Ricardo Heinzelmann	Impactos e ações futuras para PSF em Salvador.

Quadro 3: A falta e deficiência de concursos públicos, 2009.

O resultado desta pesquisa indica que a precarização e a fragilidade dos vínculos de trabalho no município de Salvador são problemas que dificultam a regulação do trabalho e a efetividade do PSF. Isto porque não se faz concurso público e ocorrem muitas contratações irregulares dos profissionais de saúde. Conseqüentemente, estes profissionais não são valorizados e não têm plano de carreira.

Na matéria intitulada Mudanças políticas que interferem no SUS, afirma-se: “Em duas décadas de existência, o SUS não estabeleceu uma carreira para os seus trabalhadores”. Ou seja, não existe um plano de carreira para os profissionais que atuam no sistema.

Segundo o professor titular em política de saúde da Universidade Federal da Bahia (Ufba), Jairnilson Paim, os profissionais que cuidam de gente têm de ser tratados como gente. “Quem é tratado como máquina vai tratar os pacientes como máquinas”, diz. Para ele, as “misérias” do SUS vão desde a ausência de um plano de carreira para os profissionais até o baixo financiamento destinado à área da saúde (Prós e contras do SUS de Lula, 18/11/09).

Silva (2010) observou que em Salvador a maioria dos trabalhadores de saúde encontra-se vinculada através de regimes emergenciais de contratação, como o Termo de Ajuste de Conduta (TAC) ou Regime Emergencial de Direito Administrativo (Reda), sem garantia de direitos trabalhistas. Do total de 111 profissionais entrevistados, apenas cinco são concursados: três enfermeiras, um auxiliar de enfermagem e um odontólogo. Os agentes comunitários de saúde foram excluídos, pois estes têm uma forma de contratação específica e regulamentada pelo Ministério da Saúde.

Em um estudo na macrorregião sanitária Leste do Sul em Minas Gerais, mostra que alguns municípios utilizam mais de uma forma de vinculação dos profissionais e encontrou mais de um critério para contratação dos trabalhadores de saúde em um só município. As formas de contratação temporária e de prestação de serviços predominam amplamente sobre todos os outros modos de contratos profissionais nos municípios estudados (JUNQUEIRA, 2010).

Neste mesmo estudo Junqueira (2010) observa que com relação aos profissionais de saúde com curso superior, os contratos temporários por prestação de serviços são citados por 75,6% dos secretários municipais de saúde como formas de contratação e apenas 24,4% seriam os tipos de contratos que garantem proteção social aos trabalhadores, a saber: 13,3% de vínculo estatutário e 11,1% de vínculo da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).

O médico Almir Possídio, um dos dois mil servidores municipais que até 2007 eram terceirizados através da Real Sociedade Espanhola de Beneficência, trabalhador há sete anos na rede, na USF do Costa Azul, diz em entrevista ao jornal A Tarde: “As condições são péssimas. Nos impuseram um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC). Acho um desrespeito”. A prefeitura fica responsável por pagar os vencimentos de todos os servidores como Almir até a realização de concurso público, inclusive de médicos, cujo edital deveria ser lançado até 31 de dezembro do ano de 2009 (Matéria: Faltam 161 médicos na rede municipal 21/10/09). No entanto, ao término deste estudo, novembro de 2010, ainda não foi publicado o edital que trataria do concurso público para o setor saúde no município, ainda que tenha sido aprovado na assembléia legislativa municipal o plano de cargos e salários para os servidores da saúde.

Na observação feita pelas pesquisadoras pôde-se perceber também que os médicos se queixam dos vínculos empregatícios e do papel que exercem nas USFs. Mostram que não estão satisfeitos e que a qualquer momento podem deixar de trabalhar naquela unidade. Isto gera um problema para a enfermeira, porque esta fica refém e submissa aos médicos, com medo de que esse profissional solicite demissão, a população fique sem atendimento médico, exerça pressão sobre ela, aumente sua carga de trabalho e cause distorções no exercício das suas atribuições na atenção básica.

Durante o ano de 2009 e início de 2010, a Sesab realizou concurso e a Secretaria Municipal da saúde de Salvador fez seleção pública para contratar profissionais via Reda. A Sesab também fez concurso para preenchimento de postos para o PSF pela Fundação Estatal Saúde da Família (Fesf-SUS). O concurso da secretaria estadual, realizado entre fevereiro e maio de 2009, foi suspenso devido as denúncias de irregularidades feitas ao Ministério Público por candidatos que se sentiram lesados com a alteração do edital durante o prazo de inscrições.

O concurso realizado pela SMS convocou 400 aprovados pelo Reda que irão atuar no PSF, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no Centro de Especialidade Odontológica e no Centro de Atenção Psicossocial. Dos 193 profissionais médicos convocados, apenas 32 se apresentaram, apesar do déficit destes profissionais na rede municipal. “Estes médicos deveriam estar distribuídos pelas 56 USF existentes na capital, sobretudo para aquelas localizadas no subúrbio, onde é registrado o maior déficit de médicos, segundo a SMS.” (Matéria: Faltam 161 médicos na rede municipal, 21/10/09).

De acordo com o Jornal A Tarde, a Fesf-SUS foi um órgão criado em maio de 2009 para descentralizar a gestão de serviços públicos na área de saúde. Foi aprovada pelo Conselho Estadual e Conferência Estadual de Saúde para ajudar os municípios na contratação de profissionais, por meio de concurso.

“Em 2010, teremos mais avanços com a implantação da Carreira Estadual de Saúde da Família, via concurso, que será realizado pela fundação estatal, regularizando vínculos de trabalho, associado à especialização em saúde da família” (Ricardo Heinzelmann, diretor de Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde, na matéria intitulada: Bahia comemora o Saúde da Família, 02/12/09).

Inicialmente a SMS de Salvador não aderiu ao modelo, conforme mostra Ricardo Heinzelmann: “A SMS informou que a Prefeitura não aderiu ao modelo porque ainda não foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e está em análise no Congresso Nacional.” (Cobertura de saúde da família de Salvador está abaixo do ideal, 28/09/09). Mas no início do ano de 2010, a Fesf preparou e realizou concurso com oferta de 1.297 vagas para o estado.

Assim, durante o ano de 2009 e início de 2010 foi realizado concurso pelo estado e seleção pública pelo município para a saúde. Observou-se que o concurso promovido pelo estado foi suspenso pelo Ministério Público e que o do município era por via Reda. Houve também o concurso da Fesf-SUS para diferentes cargos na área da saúde e que já convocou alguns profissionais para exercerem seus cargos.

Mas, existe a promessa de que ainda no final de 2010 sairá o edital municipal para concurso na área da saúde. Analisa-se que nem o estado e nem o município tem agido de forma para solucionar o problema da falta de vínculos empregatícios ou da estabilidade dos mesmos.

No estudo de Silva (2010), a autora relaciona a instabilidade gerada pela falta de vínculos de trabalho com a satisfação dos profissionais dos PSFs de Salvador. Levanta-se a hipótese de que essa instabilidade impede a expressão da insatisfação profissional com o seu trabalho. Isto porque, por exemplo, a maioria das enfermeiras afirma estar satisfeitas com o seu trabalho, apesar das condições de trabalho e da escassez dos recursos.

Ao analisar este resultado, observa-se que elas podem realmente estar satisfeitas ou que o medo da represália e conseqüentemente de serem demitidas faz com que elas afirmem estar satisfeitas. Há divergência sobre os fatores de satisfação no trabalho em enfermagem. Esses fatores dependem do contexto organizacional e social onde é realizado o trabalho (CAMPOS, 2010), do vínculo empregatício, das condições de trabalho, da disponibilidade de materiais e equipamentos, entre outros.

Vale ressaltar que para ter qualidade no serviço e no atendimento aos usuários faz-se necessário a satisfação e a valorização profissional. Embora, conforme afirma o estudo de Araújo e Oliveira (2009), se percebe que, frente aos problemas existentes, o trabalho desempenhado pela enfermeira na Saúde da Família parece compensador, o que se configura como um fator motivador da continuidade de execução da função nessa área de atuação. Isto porque, segundo as entrevistadas deste estudo, o sentimento de mudança é real com respeito a valorização profissional.

A gestão de recursos humanos é um aspecto complexo e que tem sofrido com o processo de desregulamentação no Brasil. Este problema tem se agravado com a implementação do PSF, pois, se por um lado a Constituição garante os direitos sociais dos trabalhadores ocupantes de cargos públicos, por outro é o próprio governo que tem descumprido as leis (JUNQUEIRA, 2010).

Na saúde, em relação à contratação dos profissionais, há uma precarização das relações de trabalho, aspecto que, segundo Junqueira (2010), é um dos modernos movimentos do capitalismo tardio, especialmente ao se considerar o estabelecimento de novos ordenamentos sociais.

Quanto à contratação de maneira ilegal, segue abaixo as matérias que tratam das suas diferentes formas, que mostram que a maioria das formas de contratação dos trabalhadores de saúde em Salvador são meios de incorporação arcaicas do empreguismo, clientelismo e patrimonialismo.

Data	Título	Autor	Resumo/Citações
10/01/10	Contratos da Saúde carecem de transparência	Davi Lemos	Nem o Conselho Municipal de Saúde sabem sobre algumas contratações.
31/01/10	Estado identifica e demite 786 servidores fantasmas		Fiscalizações descobrem fraudes no quadro de pessoal, maior parte desses foram na área da saúde e educação.
31/01/10	Fiscalizações feitas entre 2007 e 2010 apontam fraudes de pessoal	Biaggio Talento	Exemplos de servidores fantasmas.

Quadro 4: As irregularidades de contratações de profissionais, 2010.

Um bom exemplo é o relatado na matéria Contratos da Saúde carecem de transparência. Esta matéria aborda um dos contratos assinados entre a SMS e a Pró-Saúde/Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar. Este contrato foi assinado em 14 de junho de 2007 e versa sobre a prestação de serviços técnicos e especializados para atendimento médico e de outros profissionais de saúde na Unidade de Saúde/16º Centro de Saúde Maria Conceição Santiago Imbassay, no Pau Miúdo.

“O contrato com a Pró-Saúde tem uma série de coisas erradas. Através deste mesmo contrato, eles já estão nas unidades de Tancredo Neves, Periperi, Itapuã e Valéria. Não sabemos como isso foi feito. Nada passou pelo CMS (Conselho Municipal de Saúde)”, comentou o conselheiro municipal Everaldo Braga, coordenador-geral do Sindicato dos Servidores da Prefeitura de Salvador (Sindseps), sem saber que, para estas quatro unidades, havia outro contrato celebrado com a Pró-Saúde.

Isto demonstra que o acesso aos convênios e contratos firmados é difícil até para membros do CMS, e que a gestão municipal continua a atuar sem dar voz e voto ao Conselho, que deveria ser como “olhos da sociedade” a zelar pela aplicação correta dos recursos do Fundo Municipal de Saúde.

Outro exemplo é o que o estado identifica e demite 786 servidores fantasmas. As fiscalizações feitas entre 2007 e 2010 mostram que correções feitas na folha de pagamento de apenas 20% do total de funcionários públicos, 768 foram exonerados e que a maior parte foram nas secretarias de educação e saúde. Na matéria intitulada Fiscalizações feitas entre 2007 e 2010 apontam fraudes de pessoal, cita o exemplo de uma médica que era aposentada por invalidez qualificada pelo governo baiano e trabalhava em Sergipe.

A situação da regulação do trabalho em Salvador vai de encontro aos resultados de Junqueira et al. (2010) no estado de Minas Gerais. O resultado da pesquisa desse autor deixa claro que as formas adotadas pelas secretarias da saúde dos municípios estudados para a seleção, contratação e remuneração dos profissionais do PSF não possuem amparo legal, geram o aumento da precarização dos serviços, perda dos direitos trabalhistas, alta rotatividade de profissionais principalmente médicos e conseqüentemente o descompromisso com a instituição e com a qualidade da assistência prestada.

Nogueira (2006a) *apud* Junqueira et al. (2010), mostra que o tipo de não proteção sócio-legal implicado na precarização do trabalho está associado a certos aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico. Esse tipo de desenvolvimento traz características que fazem com que os trabalhadores “aceitem” a relação contratual precária, pois a outra opção é ficar desempregado.

As enfermeiras precisam ter um plano de carreira e de salário, ter estabilidade para poderem se sentir valorizadas, satisfeitas com o trabalho, e conseqüentemente prestarem uma assistência integral e com qualidade aos usuários das USFs. A falta de concurso e as contratações ilegais para a saúde favorecem para que haja a instabilidade do trabalho e principalmente a insatisfação das enfermeiras. Além do que, o atraso de salários e a falta de direitos trabalhistas favorecem a rotatividade dos profissionais, inclusive das enfermeiras, descompromisso com a instituição e com a qualidade da assistência prestada.

Um exemplo disso é como o atraso dos salários afeta a dinâmica do trabalho da enfermeira. Quando este fato acontece, normalmente há rodízio entre os profissionais da unidade para não poder fechar as portas da USF, até os salários serem pagos. Enquanto a USF está funcionando dessa forma, o atendimento fica prejudicado, o que afeta a oferta dos serviços prestados e a organização do serviço. Quando os salários são pagos e o trabalho se normaliza, tem a sobrecarga de trabalho dos trabalhadores de saúde, bem como a superlotação na USF.

Dessa forma, é importante que se realize concurso, regularize os vínculos empregatícios e valorize os profissionais de enfermagem para que suas práticas se aproximem do princípio da integralidade.

Diversos aspectos da organização e prestação de serviços de saúde

Aladilce Souza, Vereadora de Salvador, na coluna Saúde bucal, um direito do cidadão (16/11/01) disse:

21 anos depois de promulgada a Constituição e ser estabelecido que a saúde, além de ser direito do cidadão e dever do Estado, suas ações e serviços devem obedecer ao princípio da integralidade. Ou seja, o cidadão passou a ter direito a todo tipo de ação de saúde, desde as educativas, até procedimentos mais complexos, como transplantes ou terapia renal substitutiva.

Os usuários do PSF têm direito de ter suas necessidades de saúde atendidas, abrangendo não só ações voltadas para as doenças, mas também para a promoção de saúde.

Quanto à organização do serviço e a prestação de serviços de saúde, obteve-se alguns resultados positivos, embora ainda haja necessidade de melhorar os serviços de saúde em Salvador. As reportagens mostram que, embora tenha se investido muito na doença, surgem outras demandas para suprir as necessidades de saúde da população de Salvador. Pode-se analisar que se tem buscado a participação da comunidade na tomada de decisões, através de audiências públicas, da implantação e do apoio aos conselhos locais.

O foco na doença ainda é visto na ênfase dada ao combate a tuberculose, na luta contra o câncer, no surto da dengue, na epidemia da gripe H1N1, na Aids, na poliomelite e na meningite C. Em vários exemplares do jornal A Tarde, encontra-se matérias sobre estes assuntos, que vão desde as campanhas de vacinação até ações voltadas ao tratamento dessas doenças, indicando ações do âmbito federal até o municipal.

Algumas matérias merecem destaque, como mostra o quadro a seguir. Algumas delas relatam iniciativas do governo que buscam atender melhor os usuários, por exemplo, a que fala da participação dos usuários na tomada de decisões e sobre a introdução de novas vacinas no calendário vacinal. Já outras matérias indicam situações que precisam de mudanças para melhorar o atendimento à população, como a falta de infra-estrutura das unidades de saúde, a deficiência do serviço de saúde, do não atendimento da central para a marcação da consulta e a falta de médico.

Data	Títulos	Autor	Resumo/Citações
16/11/09	Ministério Público discute problemas do subúrbio.	Da Redação	“A audiência será uma oportuna ocasião para representantes da comunidade apresentarem os principais problemas enfrentados e as prioridades de cada área”.
03/03/10	MP promove audiência pública em Alagados	Antônio Pita	Audiência para discutir soluções para os problemas da comunidade de Alagados.
18/11/09	Prós e contras do SUS de Lula	Içara Bahia	Explica-se que não há a necessidades de filas devido a criação da central de marcação de consultas.
14/03/10	Central para a marcação de consulta não atende durante a semana.	Antônio Pita	População reclama do atendimento 160.
02/12/09	Produtor de TV morre com sintomas de meningite C.	Marjorie Moura	Estado e município divergem ações contra a meningite.
03/12/09	Estado vacinará crianças contra meningite em 2010	Marjorie Moura	Governador Jaques Wagner (PT) anuncia uma campanha de vacinação contra a doença meningocócica C, em janeiro de 2010. “Após o anúncio, o secretário municipal da Saúde, José Carlos Brito, informou que colocará os 130 postos de saúde da cidade à disposição do governo do Estado para a campanha de vacinação contra a meningite”.
04/12/09	Campanha de vacinação de criança ainda está indefinida	Marjorie Moura e Danile Rebouças	“A Sesab ainda não tem o cronograma para a vacinação de crianças contra a doença meningocócica C [...] Depende ainda de tomada de preços, importação e dos trâmites burocráticos previstos pela legislação”.
05/03/10	Vacinas para gripe A e meningite C na segunda-feira	George Brito	Tem início na Bahia e em todo o País a primeira etapa da vacinação contra a gripe A e deverá ser retomada em Salvador e região metropolitana a vacinação contra a meningite C.
28/09/09	Postos de saúde seguem fechados 3 meses após a inauguração.	George Brito	Unidades destinadas à Saúde de Família não ficam prontas no prazo anunciado pelas autoridades.
28/09/09	Moradores do subúrbio reclamam da falta de serviço.	George Brito	USFs fechadas devido infra-estruturas inadequadas.
28/09/09	Cobertura de saúde da família de Salvador está abaixo do ideal	George Brito	Além da baixa cobertura do PSF, estas apresentam estrutura física desfavorável.

Quadro 5: Diversos aspectos da organização e prestação de serviços, 2009-2010.

Em relação à participação dos usuários na tomada de decisões, o Ministério Público do Estado (MP) marcou em novembro de 2009 uma audiência pública no Subúrbio para que os representantes da comunidade apresentassem os principais problemas enfrentados e as prioridades de cada área. Esta audiência envolvia representantes de diferentes setores da

sociedade como da Polícia Militar, da Polícia Civil, da Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência Social e Direitos do Cidadão, um líder comunitário, diretora de escola da região e inclusive o diretor de uma unidade de saúde.

Outro exemplo é que em março de 2010 o MP marcou uma audiência em Alagados, uma das regiões de maior carência de serviços públicos de Salvador. Além da educação, temas como saúde e segurança pública seriam debatidos. “Estamos convidando todas as pessoas para participar. Já procuramos o Ministério Público outras vezes, mas não obtivemos muitas respostas. Agora, com a visita aqui na comunidade, eles vão perceber que a população precisa ser assistida, que o bairro sofre com a ausência de políticas públicas”, ressalta Jamira Muniz, coordenadora da Associação Cultural dos Alagados (MP promove audiência pública em Alagados, 03/03/10).

Durante a observação das pesquisadoras em uma USF do município, foi visto que há iniciativa da secretaria municipal para que os usuários participem do processo de tomada de decisões. Entre agosto e novembro houve nesta unidade reuniões, juntamente com os representantes locais, para a re-tomada da existência do Conselho Local de Saúde (CLS). Ressaltando que essa ação surgiu a partir da chegada do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) junto à unidade.

Isto demonstra que em Salvador existe alguma iniciativa para o controle social através da participação da comunidade nos serviços e ações de saúde, buscando conhecer as necessidades da população e permitindo a participação desta na tomada de decisões por meio de audiências pública, da implantação e do fortalecimento dos CLS.

Entende-se que o controle social é uma ferramenta importante para a melhoria da situação de saúde e dentre os princípios do SUS tem grande importância, pois garante que a população tenha participação no processo de formulação e controle de políticas de saúde. Além do que, segundo Silva et al. (2010), a participação da comunidade e dos profissionais nas decisões políticas de saúde é importante para a organização e planejamento das ações de uma unidade de saúde.

No estudo de Silva (2010), os resultados demonstraram que, em Salvador, não há conselho local na área de abrangência de oito das USFs entrevistadas. As cinco unidades que tem o

CLS estão concentradas nos distritos sanitários de Brotas, Cajazeiras e Barra/Rio Vermelho. Entretanto, segundo informações dadas pelos gestores, nenhum deles tem funcionamento pleno e regular, mostrando assim que é necessário investir na formação e manutenção dos conselhos locais para que se tenha a mínima garantia da participação da população nas ações de saúde.

Sabe-se que somente a implantação do CLS não significa necessariamente o exercício do controle social efetivo, pois a capacidade de mobilização e organização da sociedade é importante para a eficácia desse processo. Além disso, é importante o papel dos profissionais de saúde em fomentar a participação popular nos serviços locais de saúde como forma de fortalecer a construção do SUS (NOGUEIRA et al, 2008).

Alguns estudos mostram que há pouco envolvimento dos profissionais da USF para a formação do CLS. Entre esses profissionais destaca-se a enfermeira, a qual deveria exercer um papel importante na construção e fortalecimento do controle social. No entanto, as enfermeiras tem pouco envolvimento neste processo devido a dupla jornada de trabalho, e por não acreditar na eficácia dos conselhos e não terem sido convidadas a participar deste processo (SILVA, MOTTA E ZEITOUNE, 2010; ARANTES et al., 2007; NOGUEIRA et al., 2008).

A inclusão da população nos processos decisórios da saúde é importante para a prática da enfermeira porque a partir do momento em que a população souber dos seus direitos e participar das decisões, a enfermeira terá um apoio e ajuda para melhorar a organização e planejamento das ações da USF e da situação de saúde da população.

No entanto, como mostra os estudos acima citados, há pouco envolvimento das enfermeiras na formação e fortalecimento do CLS, talvez porque muitas delas pensam que a partir do momento em que a população souber dos seus direitos vão exercer pressão, cobrar e exigir mais, e conseqüentemente poderão ser mais exigidas em suas atribuições.

Ainda para atender as necessidades de saúde da população, o estado anunciou campanhas de vacinação para a gripe H1N1 e a meningite entre 2009 e início de 2010, isto devido a pandemia da gripe H1N1 e o aumento de casos de meningite C na Bahia.

Segundo o Jornal a Tarde, em 2009 foram registrados no estado, de 29 de abril até o final do ano, 1.344 casos da gripe H1N1– 206 confirmações, com 14 mortes, uma delas na capital. E, foram registrados em 2010, na Bahia, até o dia 13 de fevereiro, 25 casos de meningite C. Destes, 17 casos foram registrados na capital baiana. Ao todo, cinco pessoas morreram.

Inicialmente, o estado e o município divergiam quanto às ações contra a meningite C. As autoridades da área de saúde municipal e estadual não chegavam a um acordo sobre as medidas a serem adotadas. A secretaria municipal avaliava que era imprescindível uma campanha de vacinação comandada pela SESAB. Mas, logo após a morte e o sepultamento do corpo de Luciano Camacan, 23 anos, produtor de TV, com sintomas da meningite C, o governo do estado anunciou a compra da vacina.

“O governador Jaques Wagner anunciou a compra de 1,5 milhão de vacinas contra a meningite meningocócica tipo C para imunizar crianças de até 5 anos, em janeiro de 2010.” Após o anúncio, o secretário municipal da Saúde, José Carlos Brito, informou que colocaria os 130 postos de saúde da cidade à disposição do governo do estado para a campanha de vacinação contra a meningite. “Manterei contato com o secretário Jorge Solla nesse sentido, pois sabemos que o estado precisará de apoio, já que sua rede é pequena, enquanto o município tem unidades espalhadas pela capital” diz José Carlos ao A Tarde.

Apesar de anunciada a compra das vacinas, o governo do Estado não tinha realizado o planejamento para a aquisição das vacinas e para a campanha de vacinação.

A Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (Sesab) ainda não tem o cronograma para a vacinação de crianças até 5 anos contra a doença meningocócica C. A medida foi anunciada pelo governador Jaques Wagner na última quarta-feira (02/12/09), mas a aquisição do lote de 1,5 milhão de doses autorizada pelo governo estadual depende ainda de tomada de preços, importação e dos trâmites burocráticos previstos pela legislação” (Campanha de vacinação de crianças ainda está indefinida, 04/12/09).

Esta desorganização na vacinação pôde ser observada pelas pesquisadoras, com a constatação de que há falta de vacinas nas USFs, que o serviço ainda não está preparado para atender as demandas da comunidade, necessitando de planejamento e melhor organização do serviço de saúde.

Tem-se investido na prevenção de doenças por meio da introdução de novas vacinas no calendário vacinal. Tais iniciativas partem tanto da SESAB quanto da SMS, e neste campo identifica-se uma gestão compartilhada no SUS. Mas, apesar do investimento observa-se uma desorganização e que não há planejamento para melhor atender os usuários, pois há falta de vacina, as unidades não têm estrutura física para atender as demandas, a população não tem informação necessária, entre outros.

Pode-se observar que, nos serviços de atenção básica em Salvador, a forma de arranjo das ações de saúde ainda permanece pautada nos chamados "programas especiais" e também no enfoque de risco, gerando a fragmentação das ações sem que se consiga organizar e instrumentalizar práticas de vigilância da saúde nos serviços. Não se pode desconsiderar que estes programas de saúde obtiveram progressos significativos, os quais se refletem na melhoria de determinados indicadores sanitários; porém, por serem dirigidos a grupos ou a problemas específicos, como no caso das vacinas, trabalham de forma isolada e invariante (OLIVEIRA & CASANOVA, 2009).

A desorganização e o não planejamento correto das ações têm afetado também a estratégia de marcação de consulta por telefone. Essa estratégia foi criada com o objetivo de diminuir as filas, o que não tem ocorrido, pois a população tem reclamado que a ligação não é atendida e as filas continuam. Necessitando avaliar esta estratégia e buscar melhorar as ações para atender os usuários com qualidade.

Buscando melhorar a qualidade do serviço prestado à população e principalmente acabar com as filas, foi criado em 2009 uma Central de Marcação de Consulta, para a qual o usuário liga para o número 160 para fazer agendamento de consultas. Mas essa estratégia não tem resolvido o problema. Embora para a subsecretária municipal da Saúde, Rosa Virgínia Fernandes, não haja motivos para formar filas durante a madrugada. “A paciente tem todos os dias para marcar. Foi criado o serviço 160 para acabar com as filas. Ela pode ligar ou pode marcar a consulta presencialmente”, explica (Prós e contras do SUS de Lula, 18/11/09).

Mas muita gente reclama do atendimento no 160. “Não existe marcação por telefone. A única forma de marcar a consulta é ir ao posto, gastar o dinheiro do transporte, mesmo sem

ter a certeza de encontrar a vaga”, reclama a aposentada Norma Santana. Inclusive A Tarde tentou contatar o serviço, pelo número 160, para avaliar o atendimento. As chamadas não foram atendidas (Central para marcação de consulta não atende durante uma semana 14/03/10).

Assim, analisa-se que o serviço de saúde no município estudado não está bem organizado e que o planejamento para a organização do serviço é ainda deficiente. E, que esse problema atinge todos os âmbitos da gestão, desde a esfera federal até a unidade de saúde. Isto pôde ser observado no estudo de Silva (2010), que quando questionados aos gestores das USFs de Salvador sobre a utilização contínua de planejamento na organização dos serviços, o percentual de gestores que se utilizam deste instrumento de gestão ainda é baixo (69,2%), uma vez que o planejamento é um instrumento importante para organizar os serviços de saúde.

Percebeu-se na USF observada que quanto à organização do serviço e das práticas há falta de recursos materiais como glicosímetro, formulários e impressos, falta de vacinas e até mesmo falta de carimbo de autorização do SUS para as solicitações de exames. Não há planejamento das atividades realizadas na unidade de saúde e nem pelas enfermeiras, pois embora haja atividades de sala de espera, de educação em saúde com a formação de grupos educativos para mulher, hipertensos, diabéticos, grávidas e adolescentes, essas atividades não são programadas com antecedência. Além disso, as práticas assistenciais das enfermeiras continuam voltadas para públicos alvos e de acordo com os programas verticais existentes.

Silva (2010) ao avaliar a gestão na atenção básica nas dimensões da integralidade em Salvador, constatou que na dimensão da organização dos serviços não é utilizado o planejamento, monitoramento e a avaliação como instrumentos da prática gestora a fim de organizar os serviços de modo a atender as necessidades de saúde da população.

A falta de organização e não planejamento correto e contínuo das ações em saúde afeta a prática da enfermeira não só porque interfere na dinâmica e no processo de trabalho, mas a influencia indiretamente para que esta profissional fique desmotivada e desencorajada em planejar suas atividades e suas ações. Além do que a falta de recursos materiais, a

superlotação da USF e a deficiência na oferta dos serviços de saúde dificulta para que a prática da enfermeira seja focada no princípio da integralidade. Isto porque sem os materiais necessários as enfermeiras não podem realizar todas as suas atribuições da melhor forma possível.

A superlotação da USF e a deficiência na oferta dos serviços de saúde, além de sobrecarregar as enfermeiras, são motivos também que causam desmotivação e insatisfação com o trabalho e faz com que essa profissional venha atuar em campos que não é de sua competência para tentar suprir as necessidades da população.

A baixa cobertura do PSF e a falta de estrutura adequada das unidades de saúde são problemas na Atenção Básica em Salvador, necessitando de investimento e de intervenções para a mudança dessa realidade. Sabe-se que na cidade de Salvador não tem a quantidade ideal de unidades de saúde e que algumas ainda não tem estrutura adequada para prestar um serviço de qualidade.

Além da baixa cobertura do PSF, existem ainda problemas de infra-estruturas nessas unidades de saúde. Segundo o jornal A Tarde de 28/09/09 foram construídas 12 USFs, sendo que oito pelo estado e quatro pelo município e tinha-se previsão de construção de mais seis.

A construção das USF teve início no ano de 2008, quando os governos estadual e municipal firmaram um convênio para que oito unidades fossem construídas pelo estado, por meio da Companhia de Desenvolvimento Urbano da Bahia (Conder), com recursos da Secretaria Estadual da Saúde (Sesab). Segundo planilha da Conder apresentada pela Sesab, as obras das unidades foram concluídas em dezembro de 2008, mas a Prefeitura se negou a receber os prédios alegando falha na estrutura das unidades, desde a ausência de torneiras, falta de lâmpadas, pontos de energia e diversas infiltrações no teto e nas paredes.

Segundo o engenheiro da SMS, Teófilo Almeida, em Bate Coração a unidade de saúde da família foi entregue sem as esquadrias e vidros das duas janelas da frente e do portão de entrada, o que permitia o alagamento da unidade em dias de chuva; sem o registro geral do reservatório de água; sem as passagens adequadas dos aparelhos de ar-condicionado do tipo *split*; com telhado esburacado em alguns pontos (o estado garante ter trocado 80 telhas).

Devido a esse problema, as unidades permaneceram fechadas por seis meses, somente em junho de 2009 que a SMS aceitou recebê-las. Nessa época, José Carlos Brito, secretário municipal da Saúde, anunciou que todas as oito unidades estariam funcionando em julho. Afirmou: “Nós assumimos a partir de hoje essas unidades e vamos colocá-las para funcionar. Temos de realizar alguns reparos estruturais em algumas delas, mas em julho esperamos estar com todas de portas abertas à população, inclusive com equipes trabalhando”. Enquanto isso, 135 mil pessoas deixaram de ser atendidas.

Em 28/09/09 após 103 dias na inauguração de nove USF em Salvador, duas delas continuavam fechadas (Bate Coração e Estrada da Cocisa) e outras três (Calabar, São João do Cabrito e Alto da Teresinha) atendiam parcialmente a população, faltando o atendimento odontológico. Diante dessa situação, a principal prejudicada é a população que sente a falta do serviço ou não tem suas necessidades atendidas integralmente. Como podemos ver nos relatos abaixo:

“É só promessa. Está difícil. O pessoal daqui não pode usar o posto de Paripe”, afirmou a moradora de Bate Coração, a dona-de-casa Avanir Ferreira, 29 anos. O aposentado Francisco Liberato, 59 anos, recorre ao Hospital João Batista Caribé, na Avenida Afrânio Peixoto (Suburbana). “Aqui, a gente está a ver navios”, disse.

Mesmo nas unidades abertas como do Calabar, São João do Cabrito e Alto da Terezinha, nem todos os serviços estavam sendo oferecidos. Como diz a balconista Juliana Cardoso Maurício, 32, que contou que sua cunhada não encontrou médico na unidade de São João do Cabrito no dia 18/09/09. “Ela veio marcar consulta e disseram que não tinha médico”, afirmou.

Mas a deficiência de estrutura das unidades afeta também a atuação dos profissionais. No estudo de Colomé (2005), em Porto Alegre, as condições de trabalho inadequadas, principalmente em relação à área física das USFs é um problema para a equipe de saúde. Os profissionais não possuem lugar apropriado para realizar os atendimentos, os usuários ficam desacomodados, prejudica a organização do trabalho e a falta de materiais obriga aos trabalhadores recorrerem a recursos próprios para obtê-los.

Ainda neste estudo, a autora afirma que a falta e a deficiência de infra-estrutura necessária para o planejamento e a execução de ações efetivas de saúde dificultam a organização do processo de trabalho no PSF, interfere na motivação dos trabalhadores para a realização do trabalho e falta privacidade para orientar os usuários, já que as unidades não têm área apropriada para isto (COLOMÉ, 2005).

Como observado no estudo acima, a deficiência na estrutura das USFs é um problema para toda equipe de saúde, inclusive para a enfermeira. Muitas vezes não há lugar apropriado para realizar o atendimento e as atividades educativas, os usuários não têm privacidade e nem ficam acomodados da melhor forma possível, o que dificulta a organização do serviço e afeta a satisfação desta profissional. Precisa-se então, de boas condições de trabalho para se prestar uma assistência de qualidade.

Assim, quanto à construção e a manutenção da estrutura física das unidades de saúde em Salvador, analisou-se que houve investimento tanto do estado quanto do município. Sendo que houve mais participação do estado na construção das unidades e do município na manutenção dessas USFs. Isto por que houve divergência entre o estado e o município neste aspecto, gerando conseqüências para a população como a ausência de atendimento devido a falta de estrutura física e até mesmo por que as unidades ficaram fechadas.

Irregularidades no financiamento

Reportagens do jornal A Tarde mostram que recursos financeiros são investidos na Saúde, como construção e manutenção de novas unidades de serviços, contratação de recursos humanos, garantia de vínculo empregatício. No entanto, estes recursos muitas vezes não são suficientes ou são desviados para outros fins, evidenciando problemas de financiamento na administração pública, como a corrupção.

Abaixo, algumas matérias que revelam irregularidades no financiamento do setor saúde, no município de Salvador, Bahia.

Data	Título	Autor	Resumo/Citações
25/07/2009	MP denuncia desvios de R\$ 40 milhões na Saúde	Flávio Costa e Danile Rebouças	Cinco ex-gestores da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e a Real Sociedade Espanhola de Beneficência (RSEB) vão responder na Justiça Federal por rombo de mais de R\$ 40 milhões nos cofres públicos.
11/12/2009	A complexidade da segurança	Carlos Alberto da Costa Gomes (Coordenador do Observatório de Segurança Pública da Bahia)	“As pessoas são honestas, bem intencionadas e merecem todo o nosso respeito [...]”
09/01/2010	Promotores denunciam fraude de R\$ 11 milhões	Içara Bahia	O Ministério Público do Estado da Bahia e o Ministério Público Federal denunciaram novas irregularidades em contratos da Secretaria Municipal da Saúde.
16/01/2010	Ministério Público acusa mais de mil ex-gestores baianos	Davi Lemos	Grande parte do desvio de verbas federais provém de recursos da educação e da saúde.

Quadro 6: Desvio de verbas, 2009-2010.

No final da década de 1980 e início da década de 1990, considerando que o Estado acabara de emergir de uma crise política e atravessava uma crise financeira, a adoção de um discurso único e de apologia às características negativas da sua capacidade em responder às demandas sociais foi a alternativa encontrada pelos governantes na busca por resolução da crise do Estado. Uma intenção política se faz presente em tal discurso, conduzindo desta forma o estado da Bahia à adoção da terceirização como uma ferramenta de gestão do sistema público de saúde, pautada pela desqualificação do sistema de saúde do estado e pela desvalorização da política de recursos humanos para o SUS, além da falta de vontade política em alterar o quadro em que se encontrava o SUS na Bahia (SANTOS, 2009).

O processo de terceirização na saúde no município de Salvador teve início no ano 2000, a partir da contratação de mão-de-obra para atender ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao Programa de Combate as Endemias. Em 2002, o governo transferiu a gestão e execução de ações do Programa Saúde da Família (PSF) à iniciativa privada, sendo esse processo de terceirização estendido às unidades de atenção básica com modelo

de atenção tradicional, atendimento ambulatorial e pronto atendimento com funcionamento 24 horas, no ano de 2003. De acordo com a Ata da 282ª reunião do CMS, de 25 de outubro de 2006, em 2005, 55,3% dos funcionários da SMS eram terceirizados (SANTOS, 2009).

A flexibilização nas relações de trabalho, expandidas com o processo de terceirização, adotou formas precárias de contratação, através de cooperativas, via contratos temporários, ou de prestação de serviços, da existência de empresas interpostas para contratação de mão-de-obra, entre outros, ocasionando assim, o estabelecimento de novas relações de trabalho, com a presença de diferentes vínculos no SUS.

De acordo com a Súmula n. 331 do Tribunal Superior do Trabalho, a contratação de trabalhadores por empresa interposta é ilegal, devendo o vínculo ser formado diretamente com o tomador do serviço.

Assim, a terceirização da saúde em Salvador implanta-se de modo ilegal em relação à contratação de pessoal, uma vez que lançou mão de empresas privadas, a exemplo da FAPEX para contratação de agentes de endemias e agentes comunitários de saúde; da ABM (Associação Bahiana de Medicina), para contratação de médicos para o município, da Real Sociedade Espanhola de Beneficência para a contratação de pessoal e gestão das unidades de Saúde da Família; da Real Sociedade Portuguesa de Beneficência para contratação de pessoal e gestão do Centro de Referência Cardiológica Dr. Adriano Pondé, e empresas como a Fundação Monte Tabor, Pró- Saúde, Obras Sociais Irmã Dulce e a Fundação José Silveira para atuarem na contratação de pessoal e gestão das unidades básicas de saúde com pronto atendimento nas 24h (SANTOS, 2009).

De acordo com Cherchglia (1999 *apud* SANTOS, 2009), a terceirização de serviços tem acarretado menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos e níveis mais altos de rotatividade dos profissionais, fragmentação e desmobilização dos trabalhadores, ou seja, está ligada à precarização do trabalho em saúde.

Para exemplificar as conseqüências da terceirização da saúde no município de Salvador, bem como as irregularidades denunciadas, entre a secretaria municipal da Saúde e as empresas prestadoras de serviço, este estudo traz matéria do jornal A Tarde que afirma tais

fatos. Em julho de 2009, o jornal divulgou matéria sobre desvio de mais de R\$ 40 milhões nos cofres públicos no período de 2001-2007, em que cinco ex-gestores da secretaria municipal da Saúde e a Real Sociedade Espanhola de Beneficência (Rseb) iriam responder na Justiça Federal por tal desvio de verba.

A justificativa para tal fato é que o prejuízo é decorrente da terceirização dos programas Saúde da Família e de agentes comunitários de saúde (PACS). A promotora Rita Tourinho diz que “a verdade é que estes programas não poderiam ser objeto deste tipo de contrato e a licitação já nasceu irregular, repleta de vícios”, pois a análise dos documentos revelou a malversação de recursos e diversas irregularidades no Contrato 34/2002, firmado entre a SMS e a Real Sociedade para terceirizar o PACS e o PSF.

Em fevereiro de 2008 os contratos dos trabalhadores terceirizados do PSF foram rompidos e a gestão das unidades de saúde da família foi retomada para o município, mesmo após sete meses de descumprimento do Termo de Ajuste de Conduta estabelecido pelo Ministério Público do Trabalho à Prefeitura de Salvador, em julho de 2007.

Em janeiro de 2010 mais uma matéria é publicada no A Tarde, em que o Ministério Público Federal informou que no ano de 2009 foram 365 processos judiciais por desvio de verbas federais provenientes de recursos da saúde e educação. Além destes desvios por meio de notas fiscais frias, também tiveram a utilização de empresas “fantasmas” ou de “fachada”, expedição de notas superfaturadas, licitações fraudulentas ou direcionadas, ausência de prestação de contas e inexecução ou execução parcial do que foi firmado em contrato com entidades federais.

Na saúde, os maiores desvios são com os programas Saúde da Família, PACS, de Combate a Endemias, além de outros vinculados à Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). Diante disso, o presidente da União dos Municípios da Bahia (UPB), Roberto Maia, afirmou que “os prefeitos são retrato da sociedade. Muitos não têm preparo para gestão”, justificando sua fala de que muitos dos desvios ocorrem mais por falhas na administração que por má-fé.

Uma visão semelhante à de Roberto Maia a respeito da administração de um gestor é a do coordenador do Observatório de Segurança Pública da Bahia, Carlos Alberto da Costa

Gomes, publicada no jornal A Tarde, dizendo que quando se critica o resultado de uma gestão, de uma secretaria ou de um governo, não se está criticando as pessoas, sejam elas dirigentes ou membros dessas organizações. Diz ainda que as pessoas são honestas, bem intencionadas e merecem todo o nosso respeito, o que não impede que se elenquem aspectos negativos do resultado de seus atos como gestores.

Em matéria intitulada “Ministério Público acusa mais de mil ex-gestores baianos”, de janeiro de 2010, foi divulgado que o Ministério Público do estado da Bahia e o Ministério Público Federal denunciaram novas irregularidades em contratos da secretaria municipal da Saúde, fraude de R\$ 11 milhões, cometida durante a gestão da ex-secretária da Saúde Aldely Rocha na Prefeitura de Salvador.

Os desvios de verbas afetam a organização do serviço e a prática da enfermeira, pois, como já dito neste estudo, o PSF, o PACS e as formas precárias de contratações são onde ocorrem os maiores desvios de verbas. Isto influencia na prática da enfermeira porque o dinheiro que poderia ser investido na construção e manutenção das USFs, em recursos humanos, na compra de recursos materiais, são desviados para outros fins, conseqüentemente não há melhora da precarização dos vínculos empregatícios, das condições de trabalho e da organização do serviço.

Data	Título	Autor	Resumo/Citações
28/09/2009	Moradores do Subúrbio reclamam da falta do serviço	George Brito	80 mil pessoas deixam de ser integralmente contempladas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) por atraso no término dos reparos em unidades de saúde e déficit de profissionais nas equipes.
17/12/2009	Pensar Salvador	Armando Avena (Escritor, economista e diretor do portal Bahia Econômica)	Salvador necessita de planejamento e de integração entre a administração federal, estadual e municipal.
17/12/2009	Oposição denuncia aumento de gastos com propaganda	Davi Lemos	Uma reavaliação feita pela bancada de oposição do substitutivo à Lei Orçamentária Anual (LOA), encaminhado à Câmara Municipal pelo prefeito João Henrique

			(PMDB), indica que o reajuste nas verbas para a publicidade de obras e ações do governo em 2010 vai além dos R\$ 4 milhões inicialmente detectados.
17/12/2009	Comissão aprova, e LOA deve ser votada na segunda		Com o orçamento aprovado pela Comissão de Finanças e Orçamento da Câmara, devem ainda ser aprovados R\$ 614,7 milhões para Educação, R\$ 927,6 milhões para a Saúde e R\$ 153,9 milhões para limpeza urbana.
26/12/2009	Prefeitos preocupados com redução do FPM	Ricardo Brandt	Os 5.563 municípios brasileiros gastaram em 2008 pelo menos R\$ 11,8 bilhões com o custeio de serviços que são responsabilidade constitucional da União e dos estados.
26/12/2009	Valores vêm registrando crescimento ano a ano		Para 2010, a Bahia tem, dentro do orçamento da União, o quarto maior volume de recursos previsto entre os estados: são R\$ 5,6 bilhões.
30/12/2009	Aprovado o orçamento de 2010	Rita Conrado	Aprovado pela Assembléia Legislativa, o orçamento do Estado para 2010 precisou de remanejamento de recursos para as áreas de Saúde, Educação e Segurança Pública, solicitado pela oposição da bancada governista.
24/01/2010	Execução orçamentária chegou a 87%	Lília de Souza	Do montante de R\$ 8,6 bilhões decorrente do Plano Plurianual de Investimentos PPA, R\$ 6,1 bilhões foram liquidados em programas associados às áreas de saúde, educação e segurança pública.

Quadro 7: Orçamentos estadual e municipal da saúde do município de Salvador, Bahia, 2009-2010.

Em matéria intitulada “Moradores do Subúrbio reclamam da falta de serviço” foi divulgado sobre o atraso para o término dos reparos em oito unidades de saúde da família do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, bem como o déficit de profissionais nas equipes. Para a construção destas unidades foram gastos R\$ 4,58 milhões, sendo que duas destas ainda permaneciam fechadas, devido à infra-estrutura inadequada, representando R\$ 1,47 milhão do montante investido. Ou seja, são quase R\$ 1,5 milhão do erário público gasto e não efetivamente revertidos em serviço para a população, em que cerca de 80 mil pessoas deixavam de ser integralmente contempladas pelo programa do governo federal.

Em dezembro de 2009, com o orçamento municipal aprovado pela Comissão de Finanças e Orçamento da Câmara, seriam ainda aprovados R\$ 614,7 milhões para Educação, R\$ 927,6

milhões para a Saúde e R\$ 153,9 milhões para limpeza urbana. A oposição da bancada governista denunciou aumento de gastos com propaganda, em que o reajuste nas verbas para a publicidade de obras e ações do governo em 2010 iriam além dos R\$ 4 milhões inicialmente detectados. A secretaria da Educação e Cultura, da Saúde e a de Transportes e Infra-estrutura seriam as que teriam as maiores verbas extras para publicidade.

No final do mesmo mês, foi aprovado pela Assembléia Legislativa o orçamento do estado para 2010, que precisou de remanejamento de recursos para as áreas da Saúde, Educação e Segurança Pública, solicitado pela oposição da bancada governista. Do montante de R\$ 8,6 bilhões decorrente do Plano Plurianual de Investimentos PPA, R\$ 6,1 bilhões foram liquidados em programas associados às áreas de saúde, educação e segurança pública, segundo Walter Pinheiro.

Matéria intitulada “Prefeitos preocupados com redução do FPM”, mostra que 5.563 municípios brasileiros gastaram em 2008 pelo menos R\$ 11,8 bilhões com o custeio de serviços que são responsabilidade constitucional da União e dos estados. Para 2010, a Bahia tem, dentro do orçamento da União, o quarto maior volume de recursos previsto entre os estados: R\$ 5,6 bilhões de reais.

Data	Título	Autor	Resumo/Citações
10/01/2010	Contratos da Saúde carecem de transparência	Davi Lemos	Nem o Conselho Municipal de Saúde tem acesso a textos de acordos que deveria aprovar para serem válidos.
10/01/2010	Conselho Municipal de Saúde desconhece contrato da Pró-Saúde para atuação em quatro postos		Conselheiros denunciaram trabalhadores de quatro postos de saúde vinculados à Pró-Saúde e que eram regidos pelo mesmo contrato assinado para atenção no 16º Centro de Saúde do Pau Miúdo.

Quadro 8: Inserção do Conselho Municipal de Saúde nas tomadas de decisões, 2010.

Dentre as inovações da reforma sanitária brasileira (RSB), destaca-se a proposta de controle social, surgindo como uma das grandes conquistas introduzidas pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo Sistema Único de Saúde. Essa proposta se concretizou no Brasil com a institucionalização dos mecanismos de participação social - as Conferências e os Conselhos de Saúde - nas leis orgânicas da saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90), como instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo.

Durante o período ditatorial, o controle social significava o controle exclusivo do Estado sobre a sociedade, cerceando qualquer expressão popular, passando, a partir do processo de RSB, a significar o controle da sociedade sobre a ação do Estado (COTTA et al., 1998; 2006 *apud* COTTA et al., 2009), e ser considerado uma conquista, sendo a principal estratégia de garantia da descentralização e municipalização da saúde (CORREIA, 2005; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; COTTA et al., 2006 *apud* COTTA et al., 2009).

A Lei nº 8.142/90 estabelece a representação de diferentes segmentos da sociedade civil nas conferências e conselhos de saúde, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990). Os conselhos de saúde representam a sociedade civil organizada de forma paritária com representantes do governo, prestadores profissionais de serviço da saúde e usuários, os quais atuam na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e tem suas decisões homologadas pelo chefe do Poder Executivo legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 2003 *apud* SALIBA, 2009).

Esse contexto do controle social, concebido como a participação direta da sociedade civil sobre os processos de gestão dos recursos públicos, reflete a apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde. (CORREIA, 2005; GERSCHMAN, 2004 *apud* COTTA et al., 2009). Esta conquista, portanto, deve ser entendida como instrumento e expressão da democracia, buscando eliminar as formas tradicionais e autoritárias de gestão das políticas sociais, e aderir práticas que favoreçam a maior transparência das informações e da participação da sociedade no processo decisório.

De acordo com Stralen e cols. (2006 *apud* SANTOS, 2009), os conselhos de saúde não têm importância apenas como instância técnica, mas estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde, podendo extrapolar o papel de apenas fazer o controle social, atuando como espaços de expressão de demandas e expectativas dos diversos segmentos que o compõem.

No entanto, o que acontece com o papel do Conselho Municipal de Saúde do município de Salvador diverge do que é dito pelo autor acima citado, sendo tolhida a livre expressão dos

conselheiros. Resultados da pesquisa de Santos (2009), que utiliza as atas das reuniões do CMS do período de 2001 a 2004, revelam que a presença da secretária da Saúde Aldely Rocha, nesta época presidente do Conselho, tolhia os conselheiros quanto a questionamentos, e mesmo quando estes os faziam procuravam lançar mão de eufemismos em suas falas, sempre usando adjetivos positivos em relação à gestão da SMS. Havia falta de transparência na apresentação de relatórios de gestão e prestação de contas da SMS, além da falta de estrutura física adequada para o funcionamento do Conselho.

Além disso, mostrou-se uma relação excludente por parte da SMS quanto ao acesso por parte dos conselheiros às informações, além de dar pouco apoio ao mecanismo de controle social. A gestão da SMS era caracterizada pelo centralismo nas decisões na figura da secretária, que procurava manter-se afastada das reuniões do CMS, mesmo quando assumira a representação da SMS neste Conselho, em maio de 2000.

O fato revelado do que acontecia há dez anos não parece ser diferente do que acontece nos dias atuais entre a secretaria municipal da Saúde e o Conselho Municipal de Saúde. Em janeiro de 2010 foi divulgada uma matéria pelo jornal A Tarde, relatando que contratos da saúde carecem de transparência, principalmente para o Conselho Municipal de Saúde, órgão consultivo e fiscalizador, o qual não está tendo acesso a textos de acordos que deveria aprovar para serem válidos.

O Conselho desconhece, por exemplo, contrato da empresa Pró-Saúde para atuação de trabalhadores em quatro postos de saúde no município. Desinformados, os conselheiros denunciaram que os trabalhadores vinculados à Pró-Saúde que atuam em postos de Tancredo Neves, Periperi, Itapuã e Valéria eram regidos pelo mesmo contrato assinado para atenção no 16º Centro de Saúde no Pau Miúdo.

Na leitura das reportagens do jornal foi observada a participação insuficiente ou inexistente dos conselheiros na discussão sobre o orçamento. Segundo Correia (2000 *apud* SALIBA, 2009), o controle social sobre os recursos públicos de saúde é um desafio para os conselheiros, pois é uma prática recente que vem substituir toda uma postura de submissão que trata os recursos como uma questão restrita à esfera de técnicos e administradores, bem

como os instrumentos de prestação de contas dificultam a compreensão para fins de avaliação, por serem complexos.

Tais reportagens mostram que o CMS ainda não tem a participação na tomada de decisão da SMS e que deveria ter no espaço de atribuições delegadas aos conselheiros. Além disso, as decisões devem ser transparentes, pois quando os conselheiros tomam conhecimento dos fatos as decisões já aconteceram ou estão acontecendo sem o seu conhecimento, ferindo a sua função de consultoria e fiscalização de decisões do executivo municipal.

Quanto à participação do CMS na tomada de decisões junto com a SMS, observa-se que a relação excludente por parte da SMS quanto ao conselho mostra que o controle social ainda não é efetivo no município de Salvador. Isto influencia a prática da enfermeira porque favorece para que esta profissional ao perceber este fato, se exclua ou não se interesse pela participação do controle social. Isto é um problema para a efetividade do SUS, pois o controle social é uma das diretrizes desse sistema de saúde.

Data	Título	Autor	Resumo/Citações
24/01/2010	MP: Estado gasta além do razoável com despesas sem licitação	Lília de Souza	A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) ainda adquire serviços nas áreas de limpeza, segurança e conservação sem processo licitatório.
24/01/2010	Promotora diz que governos extrapolam em dispensas		“O problema do contrato por dispensa de licitação emergencial é que, muitas vezes essa emergência existe, mas muitas outras vezes ela é fruto da inércia do gestor”, diz Rita Tourinho.
31/01/2010	Estado identifica e demite 786 servidores fantasmas		Fiscalizações feitas entre 2007 e início de 2010 apontam fraudes em folha de pessoal, sendo a maior parte dos exonerados provenientes das secretarias de Educação e Saúde.
31/01/2010	Fiscalizações feitas entre 2007 e início de 2010 apontam fraudes em folha de pessoal	Biaggio Talento	Uma médica recebia provento de aposentada por “invalidez qualificada” pelo governo baiano e trabalhava esbanjando saúde em Sergipe.
02/02/2010	Governo extrapola limite da LRF	João Pedro Pitombo	Foi acionado o sinal amarelo no governo do Estado em relação ao custeio dos

			funcionários da máquina estatal.
18/02/2010	Dispensa de licitação	Regina Bochicchio	Deputado Estadual, Carlos Gaban (DEM), acusou secretário de saúde do Estado de ter contratado médicos para trabalharem no carnaval sem processo licitatório.

Quadro 9: Gastos sem processo licitatório e servidores fantasmas, 2010.

O Relatório de Gestão Fiscal do Estado apontou que entre janeiro e dezembro de 2009 foram gastos R\$ 6,85 bilhões para o custeio de funcionários, um valor que representa 46,75% da receita corrente líquida do Poder Executivo do Estado. Dessa forma, os gastos ultrapassaram o chamado limite prudencial, estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que define que até 46,17% – neste caso, R\$ 6,77 bilhões – poderiam ser gastos no custeio de pessoal. De acordo com o Instituto dos Auditores Fiscais, esta foi a primeira vez que o Executivo baiano ultrapassou este limite desde a aprovação da LRF.

Em relação à contratação de serviços e insumos, o Ministério Público acusa a secretaria da Saúde do estado da Bahia de adquirir serviços nas áreas de limpeza, segurança e conservação sem processo licitatório, e que gasta além do razoável com despesas sem licitação. A promotora Rita Tourinho diz que “o problema do contrato por dispensa de licitação emergencial é que, muitas vezes essa emergência existe, mas muitas outras vezes ela é fruto da inércia do gestor”, além de “haver uma falta de programação da administração pública”.

O que já acontecia há dez anos e o estudo de Santos (2009) mostra é que para viabilizar a contratação de pessoal lançava-se mão de decretos emergenciais, o que permitia a contratação imediata, principalmente de agentes de endemias e médicos, algo comum principalmente no verão, devido a infestação pelo mosquito transmissor da dengue em toda a cidade.

Em se tratando de processo licitatório, o deputado estadual Carlos Gaban (DEM), acusou o secretário da Saúde do estado (Jorge Solla) de ter contratado médicos para trabalhar no carnaval sem processo licitatório. Acusou ainda o secretário de “não ter respeito com o dinheiro público e com as leis”, por não ter cumprido recomendação do Ministério Público

do Estado, solicitando que fossem interrompidas as contratações de médicos sem processo licitatório.

Data	Título	Autor	Resumo/Citações
16/11/2009	Saúde bucal, um direito do cidadão	Aladilce Souza (Vereadora de Salvador pelo PC do B)	“Nesses 21 anos, mesmo com avanço conceitual, esforço na elaboração de políticas públicas e tecnologias de saúde, notadamente na odontologia, em que o País se destaca mundialmente, o SUS padeceu do subfinanciamento que o impede de garantir plenamente direito do cidadão à saúde”.
18/11/2009	Prós e contras do SUS de Lula	Içara Bahia	“Não basta ter dinheiro, tem que ter boa gestão. A gente precisa dizer isso”, diz Brito, secretário municipal de saúde, trazendo como fator que influencia no cotidiano do SUS, a gerência, que é repartida entre federação, estado e município.
22/12/2009	Gestores públicos e corrupção	Daniilo José Matos Cruz (Procurador da República)	“Combater a corrupção na gestão pública, de maneira efetiva e eficaz, passa, inexoravelmente, pelos controles preventivo e social, do contrário o sistema sempre se mostrará deficiente”.
07/01/2010	Perspectivas da saúde para 2010	José Gomes Temporão (Ministro da Saúde)	“Fortalecer a rede pública de saúde com o objetivo de tirar o hospital como principal foco do atendimento para dar lugar à prevenção e à promoção de saúde”.

Quadro 10: Gestão, financiamento do SUS e corrupção, 2009-2010.

Ao ser indagado sobre a eficiência do Sistema Único de Saúde em entrevista para o jornal A Tarde, para a matéria Pós e Contras do SUS de Lula, o secretário municipal da saúde, José Carlos Raimundo de Brito iniciou com a seguinte pergunta: “Você sabia que o Brasil investe apenas R\$ 1,50 por habitante, a cada dia, na área da saúde?”. Ao falar sobre o assunto, o secretário estadual da Saúde, Jorge Solla, resumiu dizendo que “isso é muito pouco”. Levando em consideração outro fator que influencia no cotidiano do SUS, a gerência, Brito diz que “não basta ter dinheiro, tem que ter boa gestão. A gente precisa dizer isso”. Ou seja, a questão não se limita aos financiamentos públicos, mas também a gestão compartilhada do SUS que envolve federação, estado e município.

Em relação à administração de serviços públicos e junto a ela a corrupção, o Procurador da República, Danilo José Matos Cruz, diz o seguinte na matéria “Gestores Públicos e Corrupção” de, 22/12/2009:

Em um Estado democrático de direito, não se faz possível olvidar-se, em nenhum momento, que a responsabilidade de governabilidade deve ser sempre traduzida na atuação do Parlamento e do Executivo, detentores de papéis decisórios que refletirão diretamente na realidade de adotar-se ou não padrões de eficácia para o combate da corrupção do gestor público [...] Combater a corrupção na gestão pública, de maneira efetiva e eficaz, passa, inexoravelmente, pelos controles preventivo e social, do contrário o sistema sempre se mostrará deficiente [...] Entretanto, a clara razão está em que o controle do administrador público reveste-se, em última *ratio*, no controle do poder. Pretender enfrentar a corrupção na administração pública apenas com a feição de uma ordem de legalidade traduz-se em uma mera falácia, o que de há muito já sinalizam os cientistas políticos, encobrendo uma conveniente inércia em nome de suposta governabilidade, perpetuando-se círculo vicioso que afeta as garantias mínimas da dignidade da pessoa humana, impedindo que sejam alcançadas até mesmo as necessidades básicas de saúde, alimentação, educação, saneamento e transporte.

Na matéria sobre as perspectivas da saúde para 2010, o ministro da Saúde, José Gomes Temporão fala da singularidade do setor saúde através de um olhar retrospectivo sobre 2009. De acordo com o ministro, a atuação do ministério da Saúde centrou-se na consolidação de uma política que busca organizar e fortalecer a rede pública de saúde com o objetivo de deslocar o hospital como principal foco do atendimento para dar lugar à prevenção e à promoção da saúde. Para isso, houve investimentos em campanhas e programas em prol da alimentação saudável, contra o tabagismo, contra o abuso de bebidas alcoólicas e contra drogas ilícitas, como o crack.

Em relação ao financiamento do SUS e o acesso a serviços de saúde de qualidade, a vereadora Aladilce Souza, em matéria intitulada Saúde Bucal, um direito do cidadão, refere-se aos mesmos da seguinte forma:

21 anos depois de promulgada a Constituição e ser estabelecido que a saúde, além de ser direito do cidadão e dever do Estado, suas ações e serviços devem obedecer ao princípio da integralidade. Ou seja, o cidadão passou a ter direito a todo tipo de ação de saúde, desde as educativas, até procedimentos mais complexos, como transplantes ou terapia renal substitutiva. Nesses 21 anos, mesmo com avanço conceitual, esforço na elaboração de políticas públicas e tecnologias de saúde, notadamente na odontologia, em que o País se destaca mundialmente, o SUS padeceu do subfinanciamento que o impede de garantir plenamente direito do cidadão à saúde.

Ao analisarmos segundo SWOT, como mostra o quadro abaixo, observamos que no município de Salvador tem mais pontos fracos do que fortes e que o Estado embora apresente características na qual oferece oportunidades, há também muita identificação de

ameaças, sendo necessária uma mudança na conjuntura atual para que haja melhora no contexto de Salvador. E, cabe ao município perceber as mudanças no ambiente externo, ou seja, no âmbito da Sesab, Ministério da saúde e Ministério público e ter competência para adaptar-se a estas mudanças aproveitando as oportunidades e enfrentando as ameaças.

		ANÁLISE INTERNA (SMS)	
		S (strengths) Pontos fortes	W (Weaknesses) Pontos fracos
ANÁLISE EXTERNA (Sesab, MP e MS)	O (opportunities) Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> -Expansão e qualificação de ESF (Heizlman) - FESF-SUS -Promessa de realização de concurso público - Controle social - Construção e manutenção das USFs 	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa cobertura municipal do PSF - Avaliada como a pior entre as 17 capitais que necessitam reduzir a mortalidade infantil - Déficit de médicos - Oferta reduzida de serviços, resultando em filas - Não atinge a meta pactuada de consultas - Sobrecarga de trabalho das enfermeiras - Contratações irregulares CMS sem “voz”
	T (Threats) Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução das vacinas diante da emergência do surto 	<ul style="list-style-type: none"> - Condições insatisfatórias de trabalho (violência, baixos salários, instabilidade) - Desvio de verbas - Desorganização e falta de planejamento no serviço de saúde - Perfil inadequado dos profissionais - Contratações irregulares de profissionais em todo o

			estado - Infra-estrutura inadequada das USFs
--	--	--	--

Quadro 11: Análise de contexto do município da Salvador, segundo o modelo SWOT (adaptado), 2010.

Ao perceber que há mais fraquezas que força no contexto da SMS e que há mais ameaças do que oportunidades no âmbito externo, considera-se que o contexto não favorece para que a prática da enfermeira atenda ao princípio da integralidade.

Devido a prática em enfermagem ser uma prática social, não neutra, ou seja, influencia, é influenciada, transforma e é transformada pelos fatores sócio-político-econômico existentes, esta sofre interferência e interfere no contexto atual. Assim, acredita-se que se o contexto favorece a aplicação do princípio da integralidade, isto afetará a prática das enfermeiras do PSF e a situação de saúde da população positivamente, mas se este não favorece conseqüentemente também afetará essa prática e essa situação, só que negativamente.

Neste estudo, observou-se que o contexto do município de Salvador é desfavorável a aplicação do princípio da integralidade, pelos profissionais de saúde no PSF principalmente pela enfermeira. Pois, a baixa cobertura populacional do PSF, a falta de médico, a precarização dos vínculos empregatícios, as irregularidades no financiamento, a falta de organização do serviço e a deficiência na estrutura física das unidades de saúde são os principais problemas no PSF em Salvador. E, esses problemas influenciam na prática das enfermeiras dificultando a aplicação da integralidade e conseqüentemente a qualidade da assistência prestada por estas profissionais.

A falta de médico afeta a população, a organização do serviço e a atuação da equipe, conseqüentemente a prática da enfermeira e dos profissionais das unidades de saúde. Pois, prejudica o estabelecimento do vínculo com a comunidade, o desenvolvimento do trabalho em equipe, gera insatisfação dos usuários, dos profissionais e sobrecarga de trabalho, principalmente para a enfermeira que acaba em algumas situações entrando no núcleo de atuação do médico.

Embora os resultados da pesquisa de Silva (2010) tenham revelado que os profissionais se sentem satisfeitos com o trabalho, este contexto mostra, ao mesmo tempo, que a precarização dos vínculos empregatícios, principalmente, causa uma insatisfação aos mesmos devido à insegurança e não garantia dos direitos trabalhistas, o que também é revelado pela observação das autoras e conversa informal com as enfermeiras da Unidade de Saúde da Família onde as práticas das mesmas foram observadas.

Tal fato evidencia para que as práticas das enfermeiras, bem como dos demais profissionais da equipe mínima do PSF se distanciem do princípio da integralidade, uma vez que o vínculo empregatício é fundamental para que os trabalhadores se sintam seguros e satisfeitos onde trabalham para um bom desempenho de suas funções para com a comunidade e para qualidade da assistência prestada.

Quanto a irregularidades no financiamento, observou-se que há desvio de verbas, principalmente decorrente das terceirizações e falha na administração. Ou seja, os recursos financeiros que devia ser investidos na saúde para, por exemplo, na construção e manutenção de USF e recursos materiais e humanos são desviados para outros fins. Isto acarreta em conseqüências para a população, para a organização do serviço e para atuação dos profissionais de saúde do PSF e especialmente para a enfermeira. Que tem que atuar em péssimas condições de trabalho como unidades de saúde desestruturadas e sem os materiais e insumos necessários.

Os resultados desta análise permitem inferir que os serviços de saúde oferecidos pelas unidades de saúde da família no município de Salvador não estão bem organizados e que o planejamento para a organização ainda é deficiente, confirmando desta forma, o estudo de Silva (2010) em relação a não utilização de planejamento, monitoramento e avaliação como instrumentos da prática gestora.

Dentre as deficiências da organização dos serviços e práticas destaca-se a falta de infraestrutura das unidades de saúde, o que faz com que os profissionais não possuam lugar apropriado para realizar os atendimentos e os usuários fiquem desacomodados, o que dificulta a organização do processo de trabalho no PSF, além de interferir na motivação dos trabalhadores para a realização do trabalho.

Dentre as iniciativas de tentativa para organização do processo de trabalho observa-se a inserção dos usuários nas tomadas de decisão, através da formação de conselhos locais de saúde. No entanto, o que foi observado no decorrer deste estudo, bem como na observação das práticas dos profissionais e presença nas reuniões para implantar o CLS na unidade de observação das autoras, é que os profissionais se envolvem muito pouco com a causa.

Diante do exposto, conclui-se que a deficiência na organização dos serviços e práticas contribui para que a prática da enfermeira, bem como dos demais profissionais da equipe mínima do PSF, não se aproximem do princípio da integralidade, uma vez que uma boa assistência prestada carece de um ambiente favorável, de utilização contínua de mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços, além de iniciativas de educação permanente que envolve também a participação popular na identificação e discussão dos problemas que atingem a comunidade e sua inserção nas tomadas de decisões.

Em vista dos resultados da linha de base avaliativa para a rede de unidades de saúde da família apresentados por Silva (2010), bem como a análise do contexto do programa de saúde da família do município de Salvador que este estudo traz, infere-se que apesar da dimensão das práticas dos profissionais ter apresentado o melhor resultado em relação à maior proximidade do princípio da integralidade, o contexto traz elementos que favorecem que as práticas dos profissionais que compõem a equipe mínima do PSF, especificamente da enfermeira, se distanciem do princípio da integralidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No município de Salvador encontram-se diversos problemas no cotidiano do trabalho no PSF. Entre eles destacam-se: as formas de contratações dos profissionais; as condições sociopolíticas para o desenvolvimento do trabalho como diferentes estilo de gestão das equipes de saúde da família; expectativas contraditórias e conflitos das equipes com os poderes locais; conflitos na relação entre o PSF e a comunidade, por exemplo, quando as equipes não conseguem atender a demanda; a dinâmica da assistência como sobrecarga de atendimento que gera dificuldades para efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho; a infra-estrutura material como a estrutura física inadequada e em situação precária; e o aspecto da organização do serviço e das práticas que demonstra que não há planejamento, monitoramento e avaliação dos mesmos.

Diante do exposto, analisa-se que o contexto não favorece para que a prática dos profissionais e em particular a prática da enfermeira seja focada no princípio da integralidade. Ou seja, confirma-se o pressuposto deste estudo de que o contexto não favorece para que a prática da enfermeira seja focada no princípio da integralidade, pois a precarização dos vínculos empregatícios, a contratação ilegal dos profissionais, a não regulação do trabalho, a falta de médico no PSF, a falta de infra-estrutura adequada, a deficiência na organização do serviço e as irregularidades do financiamento são algumas das principais causas pela qual a prática da enfermeira pouco se direciona para o princípio da integralidade.

O contexto analisado aponta que o PSF não é uma política prioritária no município de Salvador, e os múltiplos entraves expressos nos achados permitem explicar os resultados desfavoráveis encontrados no estudo de Silva (2010).

Para se ter um sistema de saúde eficaz e integral é preciso dispor de elementos constitutivos como recursos humanos, equipamentos, infra-estrutura dos serviços e demandas sociais e que estejam permanentemente no centro das preocupações e do investimento do governo local.

A gestão de recursos humanos no município demonstra que essa ainda é uma questão pendente na pauta de implementação do SUS, tendo sua face mais perversa na implantação e implementação do PSF. Além disso, o alto índice de precarização dos serviços, perda de direitos trabalhistas, alta rotatividade de profissionais podem levar ao descompromisso com a instituição e com a qualidade da assistência prestada ao usuário. Desta forma, faz-se necessário enfrentar tal problemática desde a definição do perfil dos profissionais para trabalharem no PSF, priorizando a autonomia e a capacidade de transformar a realidade, até a regulação da situação de trabalho no SUS municipal.

Também é preciso a regularização e a legalidade dos vínculos empregatícios. Para isto, todos os profissionais de saúde têm que entrar regularmente no serviço através de concurso e obter um plano de cargos e salários. E neste aspecto cabe ao estado e ao município investir na desprecarização do trabalho na saúde, buscando efetivar os trabalhadores e lhe conferir os direitos trabalhistas, pois melhorar a gestão de recursos humanos humaniza a atenção e o processo de produção de saúde. Sem uma política de pessoas no SUS municipal, mesmo os aspectos positivos da avaliação feita por Silva (2010) podem se perder no curto prazo.

Apesar dos contratos dos trabalhadores terceirizados do PSF terem sido rompidos em fevereiro de 2008 e a gestão das unidades de saúde da família ser retomada para o município através do Termo de Ajuste de Conduta estabelecido entre o poder público municipal e o Ministério Público da Bahia, observou-se durante todo o estudo que o vínculo empregatício se mantém precário e não garante nenhuma estabilidade contratual ao profissional. Desta forma, uma política de financiamento para contratação recursos humanos precisa ser adotada a fim de garantir estabilidade de contrato, maior vínculo com a instituição de trabalho, bem como satisfação pessoal do trabalhador.

A falta de estrutura adequada, a falta de recursos materiais e insegurança no ambiente de trabalho são problemas que refletem as condições precárias de trabalho nas USFs no município de Salvador, o que também dificulta a integralidade da prática da enfermeira. Por isso, as equipes no âmbito da estratégia de saúde da família necessitam de melhores condições e locais de trabalho adequados para que possam exercer suas atividades

de maneira prazerosa e menos desgastante, pois isto interfere diretamente na assistência prestada aos usuários.

Por ser o setor saúde, e mais precisamente a rede básica de serviços, o mais favorável a ter irregularidades, é necessário uma maior intervenção do Conselho Municipal de Saúde no que diz respeito à fiscalização do financiamento que chega ao Fundo Municipal de Saúde, bem como saber de que forma está sendo utilizado esse dinheiro. Além da fiscalização do financiamento, o controle social através do CMS precisa-se fazer de modo consistente no exercício de suas atribuições, sem esquecer da contratação de recursos humanos para a SMS e dos processos licitatórios.

Embora os processos de discussão busquem o consenso em defesa dos princípios e diretrizes de um sistema público resolutivo e equânime, a participação da sociedade na gestão do sistema é articulada por atores sociais portadores de interesses diferentes e olhares distintos sobre a realidade, nem sempre convergentes.

Assim, na perspectiva de fortalecer o exercício do controle social na política de saúde, faz-se necessário, por parte dos sujeitos políticos envolvidos no processo, conhecer efetivamente o SUS, a legislação, a realidade epidemiológica, assistencial, financeira e política de sua esfera de atuação, visando ao acompanhamento e avaliação do sistema de informações em saúde nos níveis municipal, estadual e federal. Além disso, o repasse de informações à sociedade e a discussão sobre orçamento são fatores a serem aprimorados.

Mesmo com todos os problemas e as dificuldades aqui apresentadas, considerando os limites estruturais e conjunturais, o PSF em Salvador continua sendo uma perspectiva de mudança no modelo de atenção vigente e indica potencialidades para a reorganização da Atenção Básica. Cabe aos profissionais de saúde e a toda população buscar meios, formas e alternativas para a efetivação do SUS, pois não haverá reorganização do sistema de saúde sem enfrentamento dos problemas encontrados.

Quanto à prática da enfermeira esta pode ser mudada e transformada, para poder se efetivar e aplicar os princípios do SUS e principalmente a integralidade. Para isto, faz-se necessário a mobilização desses profissionais para mudar o contexto existente e melhorar a assistência prestada, bem como direcionar parte da sua energia de trabalho para atuar no

campo da promoção da saúde, buscando assim ampliar sua consciência sanitária, dos demais membros da equipe do PSF e da própria população.

Portanto, a análise do contexto demonstra que sem ação política, dos governantes, dos trabalhadores da saúde e da população as práticas dos profissionais e em particular das enfermeiras se manterão distantes do princípio da integralidade e se manterão distantes do SUS necessário para o enfrentamento dos problemas de saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Deybson Borba de. **Avaliação da gestão de uma unidade de Saúde da família nas dimensões da Integralidade**. 133 f. Il.2010. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de.; ROCHA, Semiramis Melani Melo. **O trabalho em enfermagem**. São Paulo (SP): Cortez, 1997. p. 24.

Arantes CIS; Mesquita CC; Machado MLT; Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto Enferm**. 2007;16(3):470-8.

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos de; OLIVEIRA, Fabíola Moreira Casimiro de. A atuação do enfermeiro na equipe de Saúde da Família e a satisfação profissional. **CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. Paraíba, n.14, p.03-14, Set. 2009.

AYRES, José Ricardo. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 9(3): 583-592, 2004.

BICHO, Leandro; BAPTISTA, Susana. **Modelo de Porter e Análise Swot**: estratégias de negócio. Instituto Politécnico de Coimbra, dez. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pactos pela Saúde**. Política Nacional de Atenção Básica. Vol 4. Brasília: 2006.

BRASIL. Portaria GM/MS n° 648 de março de 2006. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Cap. II, Seção II, Art. 198.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de situação em saúde**. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 20 de novembro de 2010.

BRASIL. **Lei n° 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: setembro 2010.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: set. 2010.

BRASIL, IBGE. Censo demográfico 2010. http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=29. Acesso em 30 de novembro de 2010.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Apr. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232003000200018.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, Apr. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Nov. 2010. doi: 10.1590/S0034-76122008000200007

CERVO, A. L. et al. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos. Trabalho em equipe no PSF na concepção de enfermeiras. 97 f. Il. 2005. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/6073>. Acesso em: 05 de novembro de 2010.

CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500038&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 dez. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500038.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2010. doi: 10.1590/S0103-73312009000200010.

ERMEL, Regina Célia; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Apr. 2010. doi: 10.1590/S0080-62342006000400012.

GIOVANELLA, Lígia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 dez. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000300014.

GIROTI, Suellen Karina de Oliveira et al. As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./jun. 2008.

JORNAL A TARDE. Salvador-Ba: A Tarde: Sistema Integrado de Informação, Julho de 2009- Março de 2010. Disponível em: <http://www.atarde.com.br/>.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, May 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000500014&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Nov. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2010000500014.

KONDER, Leandro. **O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p. 95-128.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os Sentidos da Integralidade: Algumas Reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro:UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

_____; **Integralidade e formulação de políticas específicas.** In: PINHEIRO, R.;MATTOS, R. A. de (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ; IMS: ABRASCO, 2003, 228p.

MATTOS, Rubem Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, Out. 2004.

MEDEIROS, Regianne Leila Rolim, et al. O Enfermeiro no Programa Saúde da Família: percepções, possibilidades de atuação, fronteiras profissionais e espaços de negociação. Relatório final. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde.** Estação CETREDE / UFC / UECE. Fortaleza, 2007.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Apr. 2005. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Apr. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232005000200011.

NOGUEIRA, Fabiana Conceição Pereira, et al . Implantação de um conselho local de saúde: desafios da prática do controle social. **Rev. baiana saúde pública.** 2008;32(1):104-10.

OLIVEIRA, C. M; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 14(3): 929-936, 2009.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Tese - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. **Práticas eficazes X modelos ideais: Ação e pensamento na construção da integralidade.** In. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (org.). Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO, 2003, 228p.

SALIBA, Nemre Adas et al . Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000600007&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2010. doi: 10.1590/S0034-76122009000600007.

SANTOS, Handerson Silva. **Análise da implantação do processo de terceirização no sistema municipal de saúde em Salvador.** 2009. (Trabalho de Conclusão de Curso). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

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

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

SILVA, K. L; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP** [periódico na Internet]. 2007 [citado 2008 nov. 20];42(1):[cerca 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07.pdf>

SILVA, VG, MOTTA, MCS, ZEITOUNE, RCG. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):441-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm>.doi: 10.5216/ree.v12i3.5278

XAVIER, C; GUIMARÃES, C. **Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação.** In: MATTOS, R. A. de. Cuidado - As fronteiras da integralidade. 3. ed. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006