

Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil

Management of work, education, information, and communication in primary healthcare in cities in Southern and Northeastern Brazil

Denise Silva da Silveira ¹
 Luiz Augusto Facchini ²
 Fernando Vinholes Siqueira ³
 Roberto Xavier Piccini ²
 Elaine Tomasi ^{4,5}
 Elaine Thumé ⁶
 Suele Manjourany Silva ²
 Alitéia Santiago Dilélio ⁶
 Maria de Fátima dos Santos Maia ¹

Abstract

Decentralization in Brazil's Unified National Health System is challenging the management capability at the local level. Municipalities are required to operate health teams, provide infrastructure, technology, and supplies for the health services, and organize the work process. An epidemiological survey assessed the management of work, education, information, and communication in primary care services in 41 municipalities with more than 100,000 inhabitants each in the Northeast and South of the country. Health professionals and administrators were insufficiently trained for their daily responsibilities, and the infrastructure and management tools were deficient. Precarious work contracts (lack of formal job stability) for health workers is a serious problem in Brazil's primary care system. The work supervision was weakly linked to health care and planning. Continuing education for the health team was limited, and health information focused only on collection of data to send to the State and Federal management levels. Thus far health communication has been ineffective as a tool to connect primary care managers and professionals to the population and society.

Health Management; Decentralization; Primary Health Care; Single Health System

Introdução

Nos últimos vinte anos, os municípios brasileiros assumiram responsabilidades crescentes no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Como resultado da descentralização do SUS, assumiram a responsabilidade de organizar estruturas e processos de gestão para contemplar a atenção à saúde e efetivar as atribuições regulatórias e de fiscalização sanitária ¹.

Com o propósito de melhorar o desempenho dos serviços e o impacto das políticas de saúde, os pactos das três esferas de governo têm oportunizado aos municípios a estruturação e operacionalização de departamentos, serviços, tecnologias e insumos voltados ao desenvolvimento da gestão, particularmente na atenção básica à saúde ^{1,2}. A força de trabalho em saúde tornou-se essencialmente vinculada aos municípios, que respondem por sua seleção, composição, gerenciamento e capacitação. A produção e a divulgação de informações em saúde e os instrumentos de gestão tornaram-se recursos de formulação e acompanhamento das políticas de saúde. Para os municípios de grande porte essas demandas são ainda mais significativas, devido à responsabilidade em prestar serviços a numerosos contingentes populacionais e executar ações de saúde em diferentes graus de complexidade ^{1,3}.

A atenção básica à saúde é considerada a principal porta de entrada no sistema de saúde e a estratégia organizadora do cuidado integral,

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

³ Centro de Ciências da Vida e Saúde, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brasil.

⁴ Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brasil.

⁵ Secretaria Municipal de Saúde e Bem-estar de Pelotas, Pelotas, Brasil.

⁶ Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Correspondência

D. S. Silveira
 Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.
 Av. Duque de Caxias 250, Pelotas, RS
 96030-002, Brasil.
 denisilveira@uol.com.br

alcançando a totalidade dos municípios do país e caracterizando o processo de descentralização do SUS desde o início ^{3,4}. Apesar dos avanços nos últimos vinte anos, a atenção básica à saúde é marcada por problemas de gestão, que se refletem na estrutura física dos serviços, na suficiência e perfil dos gestores e trabalhadores, no acesso oportuno aos recursos e na efetividade de políticas e ações de saúde ^{1,5,6,7,8}.

As expectativas e dificuldades da gestão descentralizada do SUS e da atenção básica à saúde são similares às encontradas em outros países. Espera-se que a descentralização melhore o desempenho do sistema de saúde e promova de fato a equidade ao levar os recursos até regiões, locais e grupos populacionais habitualmente excluídos ^{1,9,10}. Alguns autores argumentam que as responsabilidades advindas da descentralização podem agravar as dificuldades territoriais e institucionais existentes diante da escassa capacidade técnica e financeira da grande maioria dos municípios e do baixo grau de envolvimento da sociedade no controle das políticas públicas ^{3,4,10,11,12,13}. Evidências sugerem a necessidade de investimentos prementes na gestão municipal da saúde, buscando superar as carências históricas e a relativa novidade do tema no contexto do SUS ^{5,14}.

No Brasil, são escassos os estudos sobre o perfil da gestão da atenção básica à saúde, apesar da crescente produção científica observada recentemente ^{4,14,15,16}. O presente artigo busca contribuir para o preenchimento dessa lacuna, descrevendo criteriosamente a gestão da atenção básica à saúde nas esferas do trabalho, da educação, da informação e da comunicação, no contexto de municípios de grande porte de sete estados do Sul e Nordeste do Brasil. Os achados do estudo constituem uma linha de base da gestão da atenção básica à saúde, oportunizando sua reavaliação em um futuro próximo ¹⁷.

Metodologia

No âmbito do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (ELB-PROESF) conduzido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), realizou-se uma avaliação institucional da gestão do trabalho, da educação, da informação e da comunicação da atenção básica à saúde por meio de indicadores de estrutura e processo, segundo a região geográfica ^{9,15,16,18}.

A amostra do estudo foi constituída por 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, localizados em dois estados da Região Sul (Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e cinco da Região

Nordeste (Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte) ⁷. No Sul foram estudados 21 municípios e, no Nordeste, 20. Uma amostra aleatória de 120 unidades básicas de saúde (UBS) foi sorteada em cada uma das regiões, proporcional ao tamanho da rede básica municipal. Com base em listas de UBS, estratificadas segundo o modelo assistencial, saúde da família e tradicional, sorteou-se unidades básicas de saúde por estrato e município. No Sul, obteve-se uma amostra de 69 UBS de saúde da família e 51 tradicionais e, no Nordeste, de 79 de saúde da família e 41 tradicionais. Uma amostra de 4.749 trabalhadores das 240 UBS incluiu médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, recepcionistas e agentes comunitários de saúde (ACS).

A gestão da educação, do trabalho, da informação e da comunicação foi caracterizada no âmbito central das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), das UBS e de seus trabalhadores. As categorias, subcategorias, variáveis e indicadores utilizados nessa caracterização estão apresentados na Tabela 1. No âmbito central os dados foram colhidos baseando-se em dois questionários auto-aplicados para representantes da gestão municipal (Secretários Municipais de Saúde – gestores/secretários e Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família) e em um formulário destinado a captar dados em fonte documental municipal. Nas UBS utilizaram-se dois instrumentos padronizados e pré-testados: o questionário que avaliou a estrutura de cada UBS, preenchido pela equipe de saúde, e o questionário individual auto-aplicado para os profissionais de saúde das UBS. As questões abertas desses instrumentos foram digitadas em programa de edição de textos para posterior análise. Para as questões fechadas (pré-codificadas) foram criados bancos de dados usando-se o programa Epi Info 6.04b (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). As análises descritivas incluíram a verificação das proporções em cada variável. Uma escala com valores de 0 (pior avaliação) a 10 (melhor avaliação) foi utilizada para investigar a opinião dos entrevistados. Valores entre 0 e 4 foram considerados baixos, entre 5 e 7, moderados e acima de 7, altos. Procedeu-se ainda à análise estratificada segundo a região estudada.

As características metodológicas do ELB-PROESF/UFPEL estão apresentadas em outras publicações ⁸. Os instrumentos utilizados na coleta de informações estão disponíveis na página eletrônica do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPEL (<http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm>). O ELB-PROESF/UFPEL foi apreciado pelo Comitê de Ética da UFPEL.

Tabela 1

Variáveis utilizadas para a caracterização do contexto da atenção básica à saúde e da gestão do trabalho, da educação, da informação e da comunicação dos municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do Brasil, 2005.

Categoria de análise	Variável	Indicador
Contexto da atenção básica à saúde	Cobertura da Estratégia Saúde da Família	Cobertura da saúde da família nas regiões geopolíticas Sul e Nordeste no ano de 2006
	Apoio a projetos da atenção básica à saúde e de saúde da família	Nota atribuída pelos Secretários Municipais de Saúde, em uma escala de valores de 0 a 10, aos projetos da atenção básica à saúde e saúde da família
	Adesão de trabalhadores e sociedade civil aos modelos de atenção: saúde da família e tradicional	Nota atribuída pelos trabalhadores e sociedade civil à saúde da família e ao modelo tradicional, em uma escala de valores de 0 a 10
Gestão do trabalho	Perfil demográfico dos Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família e trabalhadores da saúde	Distribuição das amostras por sexo e idade
	Características do emprego	
	Vínculo de trabalho	Porcentagem de trabalhadores com vínculo precário de trabalho e de acordo com a função desempenhada na UBS; porcentagem de tipos de vínculos precarizados de trabalho
	Forma de ingresso no trabalho	Porcentagem de trabalhadores com ingresso por concurso público e demais formas, e sua distribuição de acordo com a função desempenhada na UBS
	Vinculação dos trabalhadores ao PCCS	Porcentagem de trabalhadores com vínculo ao PCCS e de acordo com a função desempenhada na UBS; relato dos secretários municipais sobre acesso ao PCCS
	Vinculação com outro emprego além do atual na UBS	Porcentagem de trabalhadores com outro emprego e de acordo com a função desempenhada na UBS
Supervisão do trabalho	Supervisão do trabalho na UBS	Porcentagem de trabalhadores com supervisão de trabalho e de acordo com a função desempenhada na UBS; periodicidade; relato dos secretários municipais sobre a supervisão do trabalho na atenção básica à saúde
Organização do acesso à rede básica e serviços de referência	Portas de entrada para acesso ao sistema de saúde	Tipos de portas de entrada ao sistema de saúde de acordo com os secretários municipais
	Estratégias de articulação das UBS com serviços de maior complexidade	Porcentagem dos tipos de estratégias adotadas de acordo com os secretários municipais
	Acesso satisfatório à consulta especializada	Opinião das equipes de saúde
Controle e regulação da demanda	Acesso satisfatório à retaguarda no pronto-socorro e internação hospitalar	Opinião das equipes de saúde
	Existência de setor de controle e regulação da demanda	Nota atribuída ao setor pelos secretários municipais, em uma escala de valores de 0 a 10; opinião dos secretários municipais sobre o desenvolvimento do setor
Experiências inovadoras em atenção básica à saúde	Tipos de centrais implantadas para acolher e ordenar as necessidades de saúde dos usuários	Porcentagem dos tipos de centrais implantadas
	Tipos de experiências inovadoras	Relato dos secretários municipais

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Categoria de análise	Variável	Indicador
Gestão da educação Educação e capacitação de gestores e trabalhadores	Escolaridade e profissão dos Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família	Porcentagem de Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família com escolaridade superior e sua distribuição quanto à profissão
	Realização de cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado em Saúde Pública e Saúde Coletiva	Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família de acordo com a realização dos cursos
	Experiência prévia dos Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família em gestão	Porcentagem de Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família com experiência prévia em gestão
	Capacitação dos quadros dirigentes e profissionais das UBS para a gestão	Relato dos Secretários Municipais de Saúde
	Função dos trabalhadores na UBS	Porcentagem de trabalhadores de acordo com a função na UBS
	Especialização na área de Saúde Pública e Saúde Coletiva	Porcentagem de médicos e enfermeiros com especialização em Saúde Pública e Saúde Coletiva
	Capacitações realizadas após o início da atividade na atenção básica à saúde Utilização de protocolos	Porcentagem das capacitações referidas e de acordo com a categoria profissional Porcentagem de utilização
Gestão da informação e comunicação Difusão da informação e comunicação	Inserção dos sistemas de informações de base nacional nos municípios	Porcentagem de sistemas de informações de base nacional implantados
	Produção e divulgação de relatórios	Porcentagem dos principais veículos de divulgação; relato dos Secretários Municipais de Saúde
	População-alvo elegível para a divulgação de informações	Porcentagem por tipo de população-alvo elegível
	Formas de acolhimento para reclamações dos usuários	Porcentagem das principais formas de acolhimento
	Comunicação da gestão com a rede básica de saúde Participação dos gestores em reuniões do CMS e demais instâncias	Relato dos Secretários Municipais de Saúde Porcentagem de participação em reuniões por tipo de instâncias
Monitoramento e avaliação da atenção básica à saúde	Estratégias de monitoramento e avaliação da atenção básica à saúde e recursos disponíveis	Relato dos gestores e descrição dos tipos de recursos utilizados
	Existência de grupo ou núcleo dedicado ao monitoramento e avaliação	Relato dos Secretários Municipais de Saúde sobre a existência do grupo ou núcleo
Informatização da rede básica de saúde e utilização de computador	Disponibilidade de relatórios para a tomada de decisões	Porcentagem de disponibilidade; relato dos Secretários Municipais de Saúde
	Disponibilidade de recursos de informática na UBS	Porcentagem de UBS com microcomputador, impressora e acesso à Internet
	Uso de computador pelo profissional de saúde	Porcentagem de trabalhadores que utilizam computadores na UBS, em casa e na UBS e em casa

CMS: Conselho Municipal de Saúde; PCCS: Plano de Carreira, Cargos e Salários; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Resultados

Abrangência das amostras estudadas

No Sul foram estudados 21 municípios, sendo 17 (81%) do Rio Grande do Sul e 4 (19%) de Santa Catarina. Doze municípios (57%) tinham entre 100.001 e 200.000 habitantes, 8 (38%) entre 200.001 e 500.000 e apenas 1 (5%) apresentava mais de 500 mil habitantes. No Nordeste estudou-se 20 municípios, sendo 2 (10%) de Alagoas, 3 (15%) da Paraíba, 10 (50%) de Pernambuco, 2 (10%) do Piauí e 3 (15%) do Rio Grande do Norte. Oito municípios (40%) tinham entre 100.001 e 200.000 habitantes, 6 (30%) entre 200.001 e 500.000 e 6 (30%) apresentavam mais de 500 mil habitantes.

Com relação ao questionário de fonte documental foi obtida informação para 32 (78%) municípios, que representaram 81% dos municípios do Sul e 75% do Nordeste. O instrumento da estrutura foi respondido para 98% das UBS. Entre as não respondentes, duas eram do Sul e as outras duas do Nordeste e localizavam-se em diferentes municípios.

A taxa de resposta de representantes da gestão foi igual nas regiões estudadas: de 70% para os gestores e de 85% para os Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família. Foram estudados 4.749 trabalhadores de saúde, 36% no Sul e 64% no Nordeste. A menor taxa de resposta foi observada para os médicos da Região Nordeste (73%). Para os demais profissionais a cobertura média de respondentes foi de 93% no Sul e de 90% no Nordeste.

Contexto da atenção básica à saúde em municípios de grande porte

- **Cobertura da Estratégia Saúde da Família**

Em 2006, a cobertura da saúde da família nos grandes municípios do Sul era de 27,6%, enquanto no Nordeste alcançava 61,1%. Considerando-se quatro faixas de cobertura, 7 municípios tinham menos de 20%, todos do Sul; 13 alcançavam cobertura entre 20% e menos de 40%, 10 da região Sul e três da região Nordeste; 10 foram incluídos na categoria de 40% a menos de 60% de cobertura (Sul = 2; Nordeste = 8) e 11 apresentavam a maior cobertura (60% a 100%), que incluiu apenas 2 municípios do Sul e 9 do Nordeste.

- **Apoio a projetos da atenção básica à saúde e saúde da família**

Na opinião dos gestores municipais, em uma escala de 0 a 10, o apoio recebido a projetos da

atenção básica à saúde e saúde da família de parlamentares e do Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi avaliado com média 7,5 (DP = 2,4) no Sul e 8,0 (DP = 2,0) no Nordeste. A percepção dos gestores também identificou uma maior adesão dos profissionais ao modelo de atenção de saúde da família tanto no Sul (média: 7,3; DP = 1,6) quanto no Nordeste (média: 8,0; DP = 1,1), em comparação com a de profissionais vinculados às unidades tradicionais (Sul – média: 6,7; DP = 1,5 e Nordeste – média: 7,0; DP = 1,6). O apoio da sociedade civil à saúde da família foi qualificado com nota 7,6 (DP = 1,3) na Região Sul e 7,9 (DP = 1,7) na Região Nordeste.

Os gestores do Sul e do Nordeste destacaram a participação positiva dos CMS na luta em defesa da saúde pública, contribuindo para os projetos e ações no âmbito da gestão da atenção básica à saúde e saúde da família. Apesar disso, os gestores relataram que freqüentemente as iniciativas dos CMS eram decorrentes de demanda imediata, resultando na cobrança de ações das SMS, muitas vezes sem o dimensionamento das possibilidades institucionais.

- **Perfil demográfico dos secretários municipais, coordenadores da atenção básica da saúde e saúde da família, e trabalhadores da saúde**

Os gestores eram em sua maioria homens (Sul = 71%; Nordeste = 64%), com idade média de 47 anos (DP = 6,8) no Sul e 45,9 anos (DP = 11,0) no Nordeste. Quanto aos Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família houve predomínio das mulheres (Sul = 63%; Nordeste = 82%), sendo a idade média de 37 anos (DP = 8,2) no Sul e de 43 anos (DP = 10,0) no Nordeste.

Entre os trabalhadores a maioria era mulheres, tanto no Sul (82%) quanto no Nordeste (80%). A idade média dos trabalhadores foi de 38 anos (DP = 10,4) com distribuição semelhante entre as regiões. Mais da metade dos entrevistados tinha entre 30 e 49 anos (Sul = 59%, Nordeste = 61%). A prevalência de trabalhadores com menos de 30 anos de idade foi maior no Sul (28%) do que no Nordeste (23%).

Gestão do trabalho

- **Características do emprego**

O vínculo precário de trabalho foi uma realidade para 38% dos trabalhadores da atenção básica à saúde (Sul = 30%; Nordeste = 42%). A maior prevalência de vínculo precário de trabalho foi encontrada entre os ACS (53%). O contrato temporário foi o tipo de vínculo precário de trabalho

mais freqüente (Sul = 49%; Nordeste = 67%). Em relação à forma de ingresso, 40% dos trabalhadores de ambas as regiões ingressaram na atenção básica à saúde por meio de concurso público. O ingresso por concurso foi menor para os ACS (23%), trabalhadores de nível elementar (29%) e outros profissionais de nível médio (39%). Somente 16% da amostra estudada (Sul = 14%; Nordeste = 17%) referiram acesso ao plano de carreira, cargos e salários (PCCS) e, de acordo com função na UBS, o maior acesso foi verificado para os demais profissionais de nível superior (37%). Em cada uma das regiões, cerca de 20% dos trabalhadores relataram ter outro emprego além do atual na UBS. Essa proporção variou de 2% para os ACS a 69% para os médicos. As prevalências de outro emprego foram superiores no Nordeste em seis das oito categorias profissionais estudadas: médicos (78%), odontólogos (47%), outros profissionais de nível superior (46%), enfermeiros (45%), auxiliares e técnicos de enfermagem (30%) e outros profissionais de nível médio (10%). A Tabela 2 apresenta os demais resultados por função

desempenhada na UBS para a amostra de trabalhadores e por região.

Ainda com relação ao PCCS, o interesse da gestão em iniciar discussões sobre o tema também foi enfatizado no relato dos secretários municipais, seja por meio da formação de comissões locais ou contratação de consultores. Nos poucos municípios onde havia PCCS implantado foi manifestada a necessidade de revisão e adequação.

• Supervisão do trabalho

A supervisão do trabalho na UBS por intermédio da coordenação central foi relatada por 69% dos profissionais estudados, tendo alcançado a maioria dos ACS (Sul = 90%; Nordeste = 88%). Entre os demais profissionais, as atividades eram supervisionadas para 66% dos enfermeiros (Sul = 60%; Nordeste = 71%), 65% dos auxiliares e técnicos de enfermagem (Sul = 66%; Nordeste = 65%), 60% dos outros profissionais de nível elementar (Sul = 66%; Nordeste = 58%), 60% dos odontólogos (Sul = 48%; Nordeste = 67%), 56%

Tabela 2

Prevalência de trabalho precário, ingresso por concurso público, acesso a plano de carreira, cargos e salários (PCCS) e outro emprego, por função exercida na Unidade Básica de Saúde (UBS) dos trabalhadores da atenção básica de municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do Brasil, 2005.

Função na UBS	Trabalho precário (%)			Ingresso por concurso (%)		
	Total	Sul	Nordeste	Total	Sul	Nordeste
Médico	31,6	30,3	32,9	53,5	57,0	49,8
Enfermeiro	32,7	22,5	42,2	49,1	52,8	45,7
Odontólogo	27,0	20,0	31,0	53,8	66,7	46,4
Outros de nível superior	21,5	22,0	21,3	63,8	72,5	61,0
Auxiliares/Técnicos de enfermagem	26,4	25,6	27,2	58,3	58,8	57,8
Outros de nível médio	31,4	38,0	29,3	38,9	44,3	37,1
Agentes comunitários de saúde	52,8	29,3	63,4	23,1	12,6	27,8
Outros de nível elementar	39,4	55,7	33,2	28,8	32,2	27,5
Todos os trabalhadores	37,6	29,6	42,2	40,4	43,0	39,0

Função na UBS	Acesso ao PCCS (%)			Outro emprego (%)		
	Total	Sul	Nordeste	Total	Sul	Nordeste
Médico	23,7	21,3	26,1	68,9	60,2	78,1
Enfermeiro	22,7	21,8	23,5	37,2	28,3	45,2
Odontólogo	30,4	29,1	31,2	40,5	29,9	46,7
Outros de nível superior	37,0	37,8	36,8	40,7	23,8	46,4
Auxiliares/Técnicos de enfermagem	19,3	14,2	24,1	24,0	17,7	30,3
Outros de nível médio	21,2	14,1	23,4	8,8	5,4	9,9
Agentes comunitários de saúde	3,5	2,3	4,0	2,1	2,3	2,0
Outros de nível elementar	14,1	7,9	16,4	5,8	11,0	3,8
Todos os trabalhadores	15,8	13,6	17,0	20,5	20,0	20,7

dos outros profissionais de nível médio (Sul = 60%; Nordeste = 55%), 48% dos médicos (Sul = 42%; Nordeste = 55%) e 45% dos outros profissionais de nível superior (Sul = 51%; Nordeste = 43%). A periodicidade da supervisão tinha regularidade indefinida para 36% da amostra (Sul = 32%; Nordeste = 38%).

Na opinião dos gestores a supervisão ainda tem um caráter informativo, com vistas a repassar normas e procedimentos burocráticos, geralmente associados à produtividade, às rotinas ou tarefas diárias e ao faturamento do SUS ou a reclamações de usuários e da mídia. No Sul, os gestores municipais citaram a distância das UBS da sede da SMS e as dificuldades operacionais (transporte, pessoal disponível e capacitado, e tecnologia da informação) como grandes desafios para o alcance da supervisão periódica e descentralização da gestão na atenção básica à saúde.

- **Organização do acesso à rede básica de saúde e serviços de referência**

Todos os secretários municipais identificaram as UBS como as portas de entrada preferencial do SUS, incluindo as de saúde da família. Entretanto, os serviços de urgência, de pronto atendimento, os ambulatórios de hospitais e de especialidades dos setores público e privado também foram citados como porta de entrada do sistema de saúde.

Os gestores entrevistados referiram que o município dispunha de alguma estratégia de articulação das UBS com os serviços especializados. Nos Sul, o agendamento de consultas por intermédio das UBS foi a estratégia mais referida (71%), enquanto no Nordeste foi a marcação da consulta pelo usuário (64%). O agendamento por meio de fila única foi referido por 56% dos gestores do Sul e 35% dos gestores do Nordeste.

A disponibilidade satisfatória de consulta médica para a atenção especializada foi percebida como baixa na opinião das equipes de saúde. A maior satisfação com o acesso a consultas foi para as especialidades de pediatria (Sul = 74%; Nordeste = 62%) e ginecologia (Sul e Nordeste = 60%), e a menor foi atribuída à especialidade de neurologia (Sul = 24%; Nordeste = 17%). O acesso direto à retaguarda para atendimento em Pronto Socorro foi julgado satisfatório por 40% das equipes no Sul e por 25% das equipes do Nordeste. O juízo satisfatório sobre o acesso direto à retaguarda para internação hospitalar foi ainda menor (Sul = 20%; Nordeste = 14%).

- **Controle e regulação da demanda**

Na percepção dos gestores, em uma escala de avaliação de 0 a 10, o setor de Controle, Avaliação e Auditoria recebeu nota 5,3 (DP = 2,9) no Sul e 5,8 (DP = 2,4) no Nordeste. Segundo os gestores do Sul as principais dificuldades encontradas para o funcionamento do setor de Controle, Avaliação e Auditoria foram a inadequação da área física, a escassez de recursos de informática, o excesso de atividades e a falta de capacitação técnica específica dos profissionais. Em relação ao Nordeste, os problemas mais citados foram a inexistência de infra-estrutura física exclusiva, a escassez e desqualificação dos técnicos, a ausência de um programa de educação continuada e a escassa articulação com os demais setores responsáveis pela execução das ações. Alguns municípios de ambas as regiões começavam a organizar as estratégias de controle e regulação, incluindo o planejamento de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, as centrais de marcação ou agendamento de procedimentos e a avaliação criteriosa da demanda mediante o uso de protocolos.

Considerando-se os tipos de centrais implantadas para acolher e ordenar as necessidades de saúde dos usuários, 19% dos municípios do Sul e 25% do Nordeste dispunham de central de leitos implantada. Centrais de consultas especializadas estavam disponíveis em 76% dos municípios do Sul e em 60% do Nordeste, enquanto as centrais de exames ocorriam em 62% dos municípios do Sul e em 45% dos do Nordeste. A implantação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência também foi pequena (Sul = 19%; Nordeste = 35%).

- **Experiências inovadoras em atenção básica à saúde**

Em ambas as regiões, os gestores tiveram dificuldade em identificar experiências inovadoras implantadas na gestão da atenção básica à saúde. As referências foram limitadas à saúde da família e às suas prescrições, incluindo o trabalho das equipes com cronograma de atividades, visitas domiciliares, atividades de grupos de usuários, reuniões com a comunidade, reuniões de equipe, descentralização da gerência das UBS, capacitação das equipes de saúde e integração programática em atenção básica à saúde. Além disso, os gestores foram muito cautelosos na avaliação da adequação dessas experiências para atender às necessidades do SUS nos municípios. A inovação mais referida foi o acolhimento, independentemente da região, com ênfase no seu papel na organização do acesso aos serviços do Programa

Saúde da Família (PSF). Na percepção dos gestores, a implantação do acolhimento melhorou o atendimento aos usuários, reduzindo filas, priorizando os casos de maior risco e agendando a hora para as consultas e procedimentos de rotina.

Gestão da educação

• Educação e capacitação de gestores e trabalhadores

Entre os 29 gestores municipais a maioria tinha nível universitário (93%) e 59% eram médicos, 11% enfermeiros e 11% administradores. A prevalência de secretários municipais médicos foi de 43% no Sul e de 77% no Nordeste. Três gestores do Sul mencionaram ter aperfeiçoamento e outros três haviam realizado especialização em Saúde Pública e áreas correlatas. No Nordeste, três dos 14 secretários municipais tinham aperfeiçoamento e seis concluíram especialização em saúde pública. Nenhum possuía mestrado ou doutorado.

Todos os Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família (n = 34) possuíam nível universitário, 56% eram enfermeiros (Sul = 47%; Nordeste = 67%) e 28% eram médicos (Sul = 35%; Nordeste = 20%). No Sul, 60% dos Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família tinham aperfeiçoamento ou especialização em saúde pública e, no Nordeste, 47%. Dois Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família concluíram o mestrado e um tinha doutorado. A experiência prévia em gestão alcançou 60% dos gestores do Sul e 43% dos do Nordeste. Entre os Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família, 40% dos do Sul e 35% dos do Nordeste referiram já ter ocupado cargo na gestão.

Os secretários municipais de saúde e os Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família das regiões destacaram a pequena capacitação dos quadros dirigentes para a gestão, principalmente nos municípios de 100.001 a 200.000 habitantes. Cursos especificamente voltados para a gestão do SUS e em particular para a gestão da rede básica ainda eram raros. A capacitação em gestão das coordenações e, mais raramente, dos profissionais das UBS estava muito vinculada a seminários promovidos pelos estados ou Ministério da Saúde. Oficinas de planejamento estratégico e gestão ainda não se constituíam em ferramentas institucionalizadas para o acompanhamento da rede básica.

A distribuição da amostra de trabalhadores de acordo com a função na UBS mostrou que a força de trabalho na atenção básica à saúde era

composta por 32% de ACS, 18% de auxiliares/técnicos de enfermagem, 16% de profissionais de nível médio, 11% de médicos, 7% de enfermeiros, 7% de outros profissionais de nível elementar, 5% de odontólogos e 4% de outros técnicos de nível superior. A distribuição entre as regiões mostra que, no Sul, havia maior proporção de auxiliares ou técnicos de enfermagem (24%), médicos (16%) e enfermeiros (9%) e, no Nordeste, de ACS (35%), outros profissionais de nível médio (16%), profissionais de nível elementar (8%) e outros profissionais de nível superior (5%).

A especialização em áreas relacionadas à saúde pública e à saúde coletiva foi referida por 23% dos médicos e, em maior proporção, por 62% dos enfermeiros. Em relação à região, os enfermeiros do Nordeste referiram mais especialização na área (70%) do que os do Sul (53%). Em contrapartida, os médicos do Sul tinham mais especialização na área (26%) do que os do Nordeste (20%).

Entre os trabalhadores da atenção básica à saúde foi pesquisada ainda a capacitação tanto em ações programáticas de saúde quanto em outras áreas, desde o ingresso na atenção básica à saúde. A capacitação mais referida foi treinamento no manejo das DST/AIDS (Sul = 58%; Nordeste = 55%) e a menos citada foi o treinamento em atenção integral às doenças prevalentes na infância (Sul = 24%; Nordeste = 30%). Os profissionais com mais capacitação em DST/AIDS foram os ACS (84%; Sul = 85% e Nordeste = 83%) e os enfermeiros (70%; Sul = 66% e Nordeste = 73%). Quanto ao treinamento em atenção integral às doenças prevalentes na infância, a mesma distribuição foi observada: mais capacitação entre ACS (52%; Sul = 47% e Nordeste = 53%) e enfermeiros (46%; Sul = 23% e Nordeste = 61%).

Em relação a protocolos para apoiar a prática profissional na rede básica de saúde, sua utilização foi informada por 44% da amostra (Sul = 36%; Nordeste = 48%). A maior prevalência de utilização de protocolos ocorreu entre os enfermeiros (64%; Sul = 58% e Nordeste = 69%) e a menor entre os outros profissionais de nível elementar (10%; Sul e Nordeste = 10%).

Gestão da informação e comunicação

• Difusão da informação e comunicação

Em 2004, os sistemas de informação de base nacional estavam inseridos na rotina dos municípios tanto da Região Sul (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 100%; Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 82%; Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN, 94%; Sistema de Vigilância Nutricional – SISVAN e Sistema de Informações da Atenção

Básica – SIAB, 88%) quanto da Região Nordeste (SINASC, 100%; SIM, 82%; SINAN, 94%; SISVAN e SIAB, 75%).

Elaboração de relatórios foi o instrumento mais citado para divulgação das informações de saúde (83%; Sul = 75% e Nordeste = 96%). A televisão, a Internet, o jornal e a audiência pública eram utilizados por apenas 10% dos municípios tanto no Sul quanto no Nordeste. Para os gestores estudados os relatórios periódicos disponíveis geralmente eram produzidos e divulgados pelas SMS, sem apoio ou parceria institucional, reforçando o ciclo de baixa utilização destes recursos de gestão em função da sobrecarga de trabalho das equipes nos municípios e da falta de capacitação para a atividade.

Em 78% dos municípios toda a população de residentes foi considerada população-alvo elegível para os veículos de divulgação (Sul = 92%; Nordeste = 64%). A prevalência de eleição do CMS como população-alvo elegível foi de 39% no Sul e de 71% no Nordeste.

As principais formas de acolhimento das reclamações dos usuários entre os municípios estudados eram os telefones das SMS (Sul = 47%; Nordeste = 31%), do CMS (Sul = 24%; Nordeste = 25%) e o 0800 (Sul = 6%; Nordeste = 13%).

A comunicação da gestão municipal com a rede básica era improvisada tanto no Sul quanto no Nordeste e dependia de uma complexa hierarquia para sua difusão, passando por diversos níveis: secretário, assessores, coordenação da atenção básica à saúde ou da Estratégia Saúde da Família, gerência distrital e coordenação de UBS, profissionais de saúde e usuários do SUS. Logo, para se efetivar plenamente, a comunicação e a supervisão dependiam da capacidade técnica, da disponibilidade de tempo e do compromisso ideológico de cada um dos envolvidos em cada nível hierárquico.

A participação de gestores em reuniões do CMS foi de 93% no Sul e de 86% no Nordeste, e 29% dos secretários do Sul participaram de reuniões do Conselho Estadual de Saúde. Um gestor municipal de cada região participou de reuniões do Conselho Nacional de Saúde. No Sul, 43% dos secretários participaram na Comissão Intergestora Bipartite e, no Nordeste, 86%. Dois gestores de cada região participaram da Comissão Intergestora Tripartite.

Entre os Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família, a prevalência de participação nas reuniões do CMS foi de 41% (n = 7) no Sul e de 29% (n = 5) no Nordeste. Nenhum dos Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família participava de reuniões dos conselhos estadual e nacional de saúde. Apenas dois Coordenadores da Atenção

Básica ou da Estratégia Saúde da Família referiram tomar parte das reuniões da Comissão Intergestora Bipartite.

• Monitoramento e avaliação

À época do estudo, 10% dos municípios do Sul e 30% do Nordeste dispunham de grupo ou núcleo dedicado ao monitoramento e avaliação da atenção básica à saúde. Em outros 10%, no Sul e no Nordeste, esse grupo estava em processo de estruturação.

As estratégias de monitoramento e avaliação da atenção básica à saúde mais citadas pelos gestores do Sul e Nordeste foram as reuniões com os Conselhos Locais de Saúde, as equipes de coordenação de distritos, o CMS e as coordenações de outros municípios; sistematização de relatórios de gestão e do SIAB; acompanhamento dos recursos programados por grupo de procedimentos, produção e faturamento; e implantação de ouvidorias do SUS.

A disponibilidade de relatórios periódicos com indicadores selecionados para a tomada de decisão foi pequena no Sul, alcançando pouco mais da metade dos municípios, enquanto no Nordeste ultrapassou 70%. Os gestores referiram disponibilidade de dados e produção de muitas informações, mas sua utilização foi considerada aquém da expectativa. Os sistemas oficiais de informação eram utilizados na avaliação dos serviços de saúde por 14% dos municípios do Sul e 25% do Nordeste.

Em ambas as regiões houve referência a carências materiais, tecnológicas e intelectuais que debilitavam as potencialidades da gestão local em efetivar as tarefas de monitoramento e avaliação. No Sul, registrou-se um movimento de estruturação de equipes e definição de rotinas para a avaliação dos serviços de saúde, ao contrário do Nordeste onde na maioria das SMS não existia este movimento, ou se existiam, não estavam capacitadas.

• Informatização da rede básica e utilização de computador

Do ponto de vista da tecnologia da informação, a situação era bastante precária, constatando-se que apenas 34% das UBS possuíam microcomputador (Sul = 40%; Nordeste = 29%). No Sul, 24% das UBS dispunham de 1 microcomputador, 10% de 2 e 6% de 3 ou mais. No Nordeste, 26% das UBS tinham 1 microcomputador, 1% possuía 2 e 2% contavam com três. A carência de impressora alcançou 75% da rede básica (Sul = 68%; Nordeste = 82%), mas o recurso mais deficiente foi a conexão da UBS com a Internet

(11%; Sul = 17% e Nordeste = 5%). A amostra de trabalhadores (22%; Sul = 31% e Nordeste = 16%) referiu utilizar computadores para apoiar a prática profissional: 13% utilizavam em casa (Sul = 18%; Nordeste = 11%), 6% na UBS (Sul = 9%; Nordeste = 4%) e 2% em casa e na UBS (Sul = 4%; Nordeste = 1%).

Discussão

A descentralização da saúde é um processo de reforma política planejado para reduzir a influência central e promover a autonomia local no planejamento e organização do sistema de saúde^{9,11,19}. No entanto, a análise do contexto de sua implantação em alguns países já identifica aspectos negativos que podem decorrer desse processo. Entre eles, destaca-se a falta de co-responsabilização entre as esferas de governo, a influência política local em detrimento da política de saúde, o declínio na qualidade da infra-estrutura e oferta de serviços, o despreparo técnico-administrativo dos gestores e trabalhadores de saúde e deficiências na democratização da gestão pelos espaços de controle social^{9,13,19,20}.

Nesse sentido, o presente estudo traz importantes contribuições diante da necessidade de se produzir conhecimento em conformidade com as atuais demandas da descentralização e de aprimoramento das políticas públicas^{4,8,9,16,19}. Além disso, permitiu investigar o objeto de pesquisa na perspectiva da gestão central e no âmbito das UBS e seus trabalhadores. As taxas de resposta dos secretários municipais, Coordenadores da Atenção Básica ou da Estratégia Saúde da Família e retorno dos formulários de fonte documental superaram as expectativas quando comparadas às de outros estudos em saúde pública que também utilizaram instrumentos auto-aplicados^{21,22}.

A análise da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família é útil para avaliar a adesão política da gestão municipal ao novo modelo de atenção básica à saúde^{8,16}, indicando nos municípios estudados a maior abrangência da estratégia no Nordeste. Esse cenário em grande parte decorre do contexto histórico da implantação da saúde da família no Brasil, impulsionado tanto pela experiência positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) quanto pela necessidade de ampliar as portas de entrada ao sistema para populações excluídas no Nordeste^{8,19}.

Em geral, tanto no Sul quanto no Nordeste o apoio recebido para os projetos da atenção básica à saúde e saúde da família por parte de parlamentares, da sociedade civil, do CMS e dos trabalhadores de saúde foi apenas moderado.

Esse indicador é apontado na literatura como fundamental para a implantação da saúde da família e estruturação do sistema de saúde no Brasil^{13,19,20}.

Em relação ao perfil de gênero da força de trabalho, destaca-se o predomínio de mulheres tanto na rede básica quanto nas coordenações técnicas da atenção básica à saúde e saúde da família, no Sul e Nordeste, enquanto os homens são maioria entre os secretários. Esses achados confirmam a tendência atual da feminilização da força de trabalho em saúde no Brasil, porém, nos cargos de menor hierarquia funcional^{23,24,25}.

Os resultados da gestão do trabalho nas regiões são consistentes com a literatura e indicam a necessidade urgente de despreciação para todas as profissões^{4,24,26,27}. Apesar das desvantagens da precarização, vários gestores municipais argumentaram que esta forma de contrato permite oferecer salários mais atrativos e, portanto, selecionar profissionais com um perfil mais adequado às atividades da atenção básica à saúde. Além disso, consideravam esse tipo de contrato uma alternativa diante da necessidade mais imediata de complementação do quadro de pessoal até a realização de concursos públicos. A pequena proporção de profissionais com ingresso por concurso público e a escassa vinculação ao PCCS explicariam a elevada rotatividade desses profissionais na atenção básica à saúde, especialmente na saúde da família e entre os médicos.

Na opinião de gestores e trabalhadores, os mecanismos de supervisão do trabalho na atenção básica à saúde ainda são pouco regulares e materialmente desestruturados na maioria dos municípios do Sul e Nordeste. A contratação de pessoal especializado e a qualificação de profissionais de carreira na área de gestão seriam alternativas no enfrentamento do problema^{9,11,19}.

Nas regiões estudadas, as UBS foram destacadas pelos gestores como a porta de entrada de eleição ao sistema. Porém, os secretários municipais também admitiram que os serviços de pronto atendimento e atendimento de urgência dos hospitais em boa medida desempenham essa função, indicando que ainda existem fragilidades no acesso à rede básica. Por outro lado, tanto no Sul quanto no Nordeste, a baixa satisfação dos profissionais com relação ao acesso à rede especializada, retaguarda para atendimento em pronto socorro e internação hospitalar, reafirma as deficiências organizacionais já apontadas também em outras publicações^{10,26}.

A falta ou escassez de recursos para o desenvolvimento das ações de regulação, controle, avaliação e auditoria evidenciada nos municípios estudados pode impor restrições ao ade-

quando funcionamento do sistema de saúde. Diversos autores ressaltam que essas ações são um importante componente para o fortalecimento da administração municipal, especialmente para os municípios em gestão plena do sistema de saúde^{13,20}.

Outro resultado de destaque sobre as experiências inovadoras implantadas pela gestão municipal na atenção básica à saúde foi a escassez de ações intersetoriais e intermunicipais. Tais iniciativas são apontadas como essenciais para a interlocução permanente dos setores institucionais e alcance da sintonia entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços, especialmente no contexto de fortalecimento das redes regionalizadas de saúde^{9,20}.

No âmbito da gestão da educação, independentemente da região, encontrou-se gestores com pouca formação em Saúde Pública e pequena experiência prévia em gestão. A investigação da capacitação das equipes de saúde para o trabalho na atenção básica à saúde revelou que os cursos ofertados pela gestão ainda estavam voltados a treinamentos em ações básicas dos programas de saúde. Destaca-se a necessidade de readequação administrativa para incluir na

agenda a educação permanente em gestão dos profissionais de nível central e das UBS^{9,28}.

Com relação à produção de informações, destacou-se a escassa utilização dos sistemas oficiais de informação na avaliação e monitoramento da atenção básica à saúde. Além disso, as estratégias tanto de produção quanto de divulgação e comunicação parecem improvisadas e ainda inadequadas para alcançar os trabalhadores de saúde e a população^{4,6,20,29}.

Em resumo, a análise dos resultados encontrados, independentemente da região, mostra que existe carência de estrutura adequada nas áreas de gestão do trabalho, educação, informação e comunicação em saúde; além de identificar as fragilidades da gestão por meio dos indicadores de apoio político e recursos para serem convertidos em estruturas eficazes e eficientes. Investimentos são necessários para a implementação de estratégias de educação e difusão de novos conceitos e práticas de gestão. Para a efetivação de mudanças no processo gerencial é necessário ainda que se fortaleça a autonomia dos municípios, se reforce o planejamento local e participativo, e se valorize as instâncias colegiadas e de controle social.

Resumo

A descentralização das ações no Sistema Único de Saúde requer competências específicas para a gestão municipal. As demandas incluem o gerenciamento de equipes de trabalho, estrutura física e tecnológica, e organização de insumos e estratégias. Por meio de inquérito epidemiológico estudou-se a gestão do trabalho, da educação, da informação e da comunicação na atenção básica à saúde de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Evidenciou-se uma escassa profissionalização dos gestores e limitações importantes das estruturas e instrumentos de gestão. A precarização do trabalho é um problema relevante na atenção básica. A supervisão

do trabalho está pouco direcionada ao planejamento e às práticas de saúde. A educação permanente de trabalhadores se limita a particularidades das ações de saúde. Geralmente, a informação em saúde no âmbito municipal se restringe à coleta e transferência de dados às esferas estadual e federal. Já a comunicação não se constitui em uma estratégia efetiva de vinculação entre gestores, trabalhadores, população e controle social.

Gestão em Saúde; Descentralização; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde

Colaboradores

D. S. Silveira contribuiu na concepção do artigo, análise de dados, interpretação e redação final do artigo. L. A. Facchini, F. V. Siqueira e R. X. Piccini contribuíram para a concepção do artigo, interpretação dos dados e redação final do artigo. E. Tomasi, E. Thumé, S. M. Silva e A. S. Dilélio colaboraram na revisão final do artigo. M. F. S. Maia colaborou nas revisões bibliográfica e final do artigo.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde, Banco Mundial e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; Edital 23/2006, processo nº. 409463/2006-0) pelo apoio financeiro.

Referências

1. Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Ministério da Saúde. Portaria nº. GM 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde 2006: aprova as diretrizes operacionais do Pacto. Diário Oficial da União 2006; 23 fev.
3. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7:401-12.
4. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS: ProgeSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos ProjeSUS, 1).
5. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pública 2002; 18 Suppl:191-202.
6. Tomasi E, Facchini L, Osório A, Fassa A. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. Rev Saúde Pública 2003; 37:800-6.
7. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cad Saúde Pública 2008; 24 Suppl 1:S159-72.
8. Connil EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24 Suppl 1:S7-16.
9. Bossert TJ, Beauvais JC. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philipines: a comparative analysis of decision space. Health Policy Plan 2000; 17:14-31.
10. Brinkerhoff D, Leighton C. Nueva perspectiva para los ejecutores: descentralización y reforma del sistema de salud. Maryland: PHRplus Research Center; 2002. (PHRplus, 1).
11. Grundy J, Healy V, Gorgolon L, Sandig E. Overview of devolution of health services in the Philippines. Rural Remote Health 2003; 3:220.
12. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro. Interface Comun Saúde Educ 2006; 9:25-41.

13. Solla JJSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o Pacto de Gestão. *Rev Baiana Saúde Pública* 2006; 30:332-48.
14. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Da política à ação institucional: prioridades de pesquisa no Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:548-52.
15. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira D, Siqueira F, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:669-81.
16. Felisberto E, Benevides IA, Hartz ZMA, Matos K. Estudos de impacto do Proesf. Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
17. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Projeto PROESF/Componente 3. Termo de referência para o subcomponente D linha de ação 3: Estudos de Linha de Base. "Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos municípios selecionados para o componente 1". <http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/proesf/biblio/TDR.pdf> (acessado em 17/Ago/2009).
18. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S337-41.
19. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:401-12.
20. Crevelin MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:323-31.
21. Aquilino ML, Damiano PC, Willard JC, Momany ET, Levy BT. Primary care physician perceptions of the nurse practitioner in the 1990s. *Arch Fam Med* 1999; 8:224-7.
22. Backer EL, Gregory P, Jaen CR, Crabtree BF. A closer look at adult female health care maintenance visits. *Fam Med* 2006; 38:355-60.
23. Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
24. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1881-92.
25. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21:164-76.
26. Costa GD, Cotta RMM. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm* 2009; 62:113-8.
27. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá – Paraná. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41:65-72.
28. Melo EM, Paiva L, Álvares J, Flecha ALD. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S29-41.
29. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa de Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Rev Bras Enferm* 2009; 62:424-9.

Recebido em 27/Dez/2009

Versão final reapresentada em 29/Jun/2010

Aprovado em 09/Jul/2010