

## A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil

Family Health Program implementation in municipalities in Mato Grosso State, Brazil

Ana Maria Canesqui <sup>1</sup>

Maria Angélica do Santos Spinelli <sup>2</sup>

### Abstract

*This article analysis some key aspects in the implementation of the Family Health Program (FHP): results; conditions; and institutional mechanisms; flow and regularity of funding; organizational structures; and human resources availability and training. The study was conducted in seven municipalities (counties) in the State of Mato Grosso, Brazil, and used secondary data as well as primary data from interviews with different stakeholders. The research design was evaluative, using a quantitative/qualitative analysis. The results showed: varying stages in the implementation process, different FHP models, and adaptation of organizational structures; high level of human resources availability, except for nurse assistants; availability of financial resources, with some difficulties in their flow; and other institutional factors that hinder or facilitate the micro-implementation process in the municipalities.*

*Primary Health Care; Family Health Program; Evaluation*

### Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF), formulado pelo Ministério da Saúde em 1994, passou por diferentes concepções. Inicialmente era um programa de assistência à saúde para desenvolver ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e da comunidade, na atenção primária <sup>1</sup>. Depois enfocou a reorientação do modelo assistencial e a vigilância à saúde <sup>2</sup> para reorganizar o modelo assistencial, segundo os princípios da atenção básica <sup>3</sup>. Os pontos comuns dessas concepções eram: o trabalho em equipe; a territorialidade com adscrição da clientela; a participação social; a integração a um sistema regionalizado e hierarquizado e a oferta de ações de atenção básica de promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

As concepções dos especialistas coincidem ou não com as expressas nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Alguns criticam o PSF, sua focalização, limitação na promoção da equidade e reforço à desigualdade <sup>4</sup>, outros o inserem na reforma incremental do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando a remuneração das ações de saúde e a organização dos serviços <sup>5</sup>. Outros o comparam aos antigos programas de medicina/saúde comunitárias e às terminologias subseqüentes <sup>6</sup>. Essas concepções sobre a formulação do programa comportam orientações teóricas, ideológicas e inflexões da política de saúde, dispensando a reconstrução da

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Brasil.

#### Correspondência

A. M. Canesqui  
Departamento de Medicina Preventiva e Social,  
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.  
Rua Tessália Vieira de Camargo 126, C. P. 6111,  
Campinas, SP  
13083-970, Brasil.  
anacanesqui@uol.com.br

política de atenção básica, abordada em outros estudos<sup>6,7</sup>.

Para implementar o programa é insuficiente a adesão formal dos municípios ou apenas decidir na esfera federal de governo. Por essa razão, enfoca-se neste artigo aspectos do processo de implementação, que é fundamental para compreender fatores que facilitam ou bloqueiam o alcance dos propósitos, o cumprimento de algumas metas e o funcionamento de um conjunto de meios institucionais na esfera municipal de governo. Não são analisados os impactos do programa sobre as condições de saúde, o acesso ou a equidade. O estudo ancora-se na idéia de ciclo dos programas e/ou das políticas; sua emergência; formulação em projeto e implementação. Este artigo insere-se em um estudo mais amplo<sup>8</sup>, no qual são enfocados aspectos da microimplementação do programa, segundo Berman<sup>9</sup>. A implementação é um processo dinâmico e mutável no tempo. O estudo não equacionou essas mudanças, que demandam acompanhamento contínuo e comparação da situação do programa em distintos tempos, envolvendo elevados custos.

## Material e métodos

O estudo avaliativo, segundo Patton<sup>10</sup>, implica a sistemática coleta de informações sobre as atividades, características e resultados para fazer julgamento sobre um programa e ampliar a sua efetividade, subsidiando decisões futuras. Identificaram-se alguns fatores facilitadores ou que servem de obstáculo à implementação, condicionando positiva ou negativamente o cumprimento de algumas metas, tanto quanto certas características institucionais, disponibilidade e funcionamento dos distintos meios. Combinaram-se fontes de dados quantitativos (estatísticas oficiais do programa, dados registrados em documentos ou no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB) e qualitativos, predominando estes últimos, especialmente originários de material de entrevistas a um conjunto de agentes decisores.

Abordou-se o universo dos sete municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil, com 50 mil e mais habitantes, que haviam implantado o programa, segundo informação prévia da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES-MT). São eles: Cuiabá (capital), Várzea Grande e Rondonópolis (que contavam com 100 mil e mais habitantes), Tangará da Serra, Barra do Garças, Cáceres e Sinop (que estavam na faixa de 50 a 99 mil habitantes).

Identificou-se o universo dos agentes envolvidos no programa nos municípios selecionados

usando-se a listagem oferecida pela SES-MT, classificando-os, segundo as suas posições institucionais e atribuições junto ao programa, da seguinte forma: agentes decisores centrais são os gerentes das instituições centrais dos governos estadual e municipal (secretários municipais de saúde, coordenador do programa estadual, coordenadores da atenção básica e/ou do PSF). Agentes decisores intermediários são os coordenadores dos escritórios regionais que estabelecem elos entre as esferas decisórias estaduais, pertencentes à SES-MT e os municipais, assim como os supervisores e coordenadores do programa. Os agentes implementadores encarregam-se da prestação final de serviços à clientela, cujos julgamentos avaliativos e perfis foram objetos de um outro artigo<sup>11</sup> e utilizados parcialmente no presente estudo. Coletaram-se os dados no período de janeiro de 2002 a janeiro de 2003.

Abordando-se a microimplementação do PSF nos municípios estudados, levaram-se em consideração as seguintes dimensões:

- Características do processo de implementação quanto aos: (i) graus de antiguidade do programa que foi avaliado, segundo os anos de implantação das equipes no Estado de Mato Grosso da seguinte forma: *antigos*, iniciados na primeira etapa de implantação, entre 1996 e 1999 e *novos*, iniciados na segunda etapa de expansão do programa, de 2000 em diante; (ii) classificaram-se os modelos de PSF implantados segundo a sua coexistência ou não com outras modalidades de atenção básica, resultando nos seguintes: *substitutivo*, em que o PSF substituiu as unidades convencionais (centros ou postos de saúde) e *não substitutivo*, em que o PSF não substituiu outras modalidades de atenção básica, não sendo exclusivo; (iii) as concepções sobre os propósitos do programa revelam distintos graus de informação e de apoio dos agentes, que embora traduzam valores dos informantes, eles não foram equacionados; (iv) os graus de cobertura alcançados resultam dos percentuais da população coberta pelo programa em cada um dos municípios, comparados com o indicador médio de cobertura para a Região Centro-oeste, emitido pelo SIAB, em 2004<sup>12</sup>, e com as metas de cobertura pactuadas na Programação Pactuada e Integrada (PPI) de 2003.

- Condições e funcionamento de alguns mecanismos institucionais: (i) o financiamento, fluxo e regularidade de repasse dos recursos financeiros; (ii) as estruturas organizacionais montadas; (iii) disponibilidade e capacitação dos recursos humanos, identificando-se a composição das equipes, considerando-as completas ou incompletas, de acordo com a composição mínima requerida pelo Ministério da Saúde e a capacitação segundo os percentuais de agentes capacitados; e (iv)

fontes de apoio e suporte obtidas pelo programa, segundo as informações qualitativas dos agentes entrevistados.

As entrevistas somaram 27, do universo de 30 agentes identificados usando-se a listagem obtida na SES-MT. Usou-se roteiro nas entrevistas com os agentes decisores centrais e intermediários. Apenas três prefeitos se recusaram a dar entrevistas, alegando falta de disponibilidade de tempo.

O material qualitativo das entrevistas foi transcrito, lido exaustivamente e classificado segundo os tipos de agentes informantes e os temas abordados, conforme as dimensões expostas. Levou-se em consideração, na classificação e análise, as variações dos conteúdos das respostas e os julgamentos avaliativos emitidos pelos agentes, sendo que o roteiro aplicado foi aberto e não fixou previamente os critérios avaliativos. Não se julgou pertinente analisar as representações sociais na pesquisa avaliativa, mantendo-se, portanto, a análise contextual do próprio programa e da teoria nele embutida, equacionando-se as informações coletadas com os pressupostos normativos formulados, comparando-se os dados obtidos com outros estudos, sempre que foi possível.

A análise do funcionamento das instituições foi obtida com base nos relatos dos informantes, que foram descritos e articulados com os pressupostos teórico-conceituais do processo de implementação. Embora tenham sido esclarecidos alguns critérios avaliativos utilizados pelos avaliadores, levaram-se ainda em consideração os julgamentos avaliativos emitidos pelos agentes entrevistados. Dos documentos oficiais da SES-MT e do Ministério da Saúde, extraíram-se informações sobre o programa, suas finalidades, normas e outros dados complementares aos obtidos por entrevistas.

## Resultados

### O PSF na política estadual de saúde de Mato Grosso

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) antecedeu o PSF, iniciado em 1995, em Mato Grosso, em apenas dez municípios selecionados pela SES-MT, situados na região norte e mais pobre do estado, com maior risco de mortalidade infantil. O PACS fundiu-se ao PSF, visando a reorientar o modelo assistencial, segundo as diretrizes da SES-MT de regular e normalizar os processos de trabalho, incorporar novas práticas de saúde, controle social e ampliar o acesso. O PSF, inserido no processo de descentralização do

SUS<sup>13</sup>, contou com o forte envolvimento e apoio da política estadual de saúde na gestão governamental do período de 1999-2002. A SES-MT, através da *Portaria nº. 26/2991/2001*<sup>14</sup>, apoiou a capacitação dos profissionais, a supervisão dos municípios pelos escritórios regionais de saúde; a avaliação do programa em parceria com órgãos representantes dos usuários; o incremento da gestão plena da atenção básica, os incentivos financeiros aos municípios mais pobres e carentes de infra-estrutura assistencial, que aderiram voluntariamente ao PSF. Os estímulos financeiros do Governo Federal, por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), da *Norma Operacional Básica (NOB/96)*<sup>15</sup> e da *Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001)*<sup>16</sup> foram imprescindíveis.

Desde 1999 deram-se condições prévias ao processo de implementação adaptando-se a SES-MT para arcar e apoiar o programa nos municípios, mediante esclarecimentos sobre os requisitos normativos de adesão ao programa; elaboração de normas específicas e a institucionalização de mecanismos de apoio à capacitação de pessoal, especialmente dos médicos e enfermeiros<sup>14</sup>, ao lado dos incentivos salariais.

Entre os municípios estudados, apenas Cuiabá e Várzea Grande não estavam consorciados. Segundo os critérios da NOB/96, os municípios de Cuiabá, Rondonópolis e Barra do Garças estavam na gestão plena do sistema. Na gestão plena da atenção básica ampliada, segundo os critérios da NOAS/2001, estavam os municípios de Várzea Grande e Sinop, e na gestão plena da atenção básica, apenas Cáceres e Tangará da Serra. Essas condições de gestão não pesam na implementação do programa, segundo outros estudos<sup>17</sup>.

A implantação do programa nos municípios dependeu tanto das capacidades dos municípios de atender aos requisitos impostos pelas demais instâncias governamentais (federal e estadual), quanto das decisões dos gestores (prefeitos), além da disponibilidade de apoio financeiro (dos governos federal e estadual), dos incentivos proporcionados pelas SES e da existência de profissionais. Os prefeitos, segundo os agentes decisores entrevistados, computam os rendimentos político-eleitorais do programa, a disponibilidade e acesso aos recursos financeiros e demais apoios proporcionados pelo Ministério da Saúde e pela SES-MT.

O programa iniciou-se com poucas equipes (1 a 3 no máximo) em cada município, expandidas para: 14 urbanas em Barra do Garças, sendo 4 de saúde bucal; 16 urbanas em Sinop; 18 urbanas em Cuiabá; 27 em Rondonópolis (25 urbanas e 2 rurais); Tangará da Serra e Várzea Grande possuíam apenas 3 equipes urbanas, em dezembro de 2003.

### Características do processo de implementação

- **Graus de antiguidade da implantação do PSF**

A implantação do PSF deu-se em diferentes tempos. Os programas mais antigos iniciaram em Cáceres (1996) e Cuiabá, Rondonópolis e Barra do Garças (1998), e os mais recentes, em Tangará da Serra (2000) e Sinop e Várzea Grande (2002). Considera-se tardia a implantação do PSF nos municípios estudados em relação a outras situações nacionais, cuja etapa de emergência deu-se de 1994-1995, seguida de sua fusão com o PACS em 1995-1997 e expansão no período de 1997-2002, consolidando-se, planejadamente, a partir de 2003<sup>18</sup>. Nas dez grandes cidades, de outras regiões do país, atribuiu-se o diferente tempo de implantação do PSF à disponibilidade ou não de financiamento, sendo que a maior expansão do programa incentivou-se financeiramente pelo Ministério da Saúde<sup>19</sup>.

- **Modelos de PSF implantados nos municípios**

Identificaram-se dois modelos de PSF:

**a) Modelo 1:** não substitutivo e convivência com outras modalidades de atenção básica (PACS ou postos e centros de saúde) em Cuiabá, Rondonópolis, Tangará da Serra, Cáceres e Várzea Grande, sendo que o primeiro priorizou a atenção básica no Plano Municipal de Saúde (2002-2005)<sup>20</sup>, mediante as ações preventivas, de vigilância e promoção da saúde, garantindo o acesso aos distintos níveis de atenção, atuando as equipes em unidades de saúde da família paralelamente às demais unidades e ações de atenção básica tradicionais (36 centros de saúde) e equipes do PACS.

Em Rondonópolis, o PSF convivia com outras modalidades de atenção básica, possuindo unidades de saúde da família, com dificuldade de articulação entre ambas. Em Cáceres, devido à maior complexidade do sistema de atenção, o PSF estava ao lado dos postos e centros de saúde e dos ambulatórios especializados e exclusivos de pediatria, atenção à hanseníase e tuberculose.

Em Tangará da Serra e Várzea Grande, o programa não era exclusivo, convivia com outras modalidades de atenção básica, sem dispor de unidades de saúde da família e com as equipes inquilinas dos centros de saúde; condição esta geradora de conflitos, concorrência e falta de colaboração entre os profissionais de ambas as modalidades.

**b) Modelo 2:** substitutivo e não convivência com outras modalidades de atenção básica tradicionais. Em Barra do Garças, o programa organizava a atenção básica em unidades próprias, cobrindo ações mais amplas do que em Sinop, onde era exclusivo, muito seletivo e simplificado com ações na saúde da criança e no aleitamento materno, muito aquém das previstas na NOAS/2001, extensivas a mulheres, adultos, idosos, hanseníacos e tuberculosos.

Não é peculiar, dos municípios estudados, a heterogeneidade de modelos de PSF, caracterizando-se, nos dez centros urbanos com mais de 100 mil habitantes, como modelos polares, isto é, a possibilidade do PSF mudar o modelo de atenção básica pela substituição de outras unidades básicas preexistentes ou como programa paralelo à estrutura preexistente de atenção básica. A forma de financiamento, assim como as capacidades gerenciais dos gestores são fortemente indutores dos modelos de atenção adotados, segundo informações disponíveis<sup>17</sup>.

Admitem-se adaptações locais dos modelos de PSF, segundo a disponibilidade dos recursos materiais, financeiros e humanos, as adesões ou resistências dos atores, as capacidades de gestão e institucionais dos municípios<sup>8,19,21</sup>. Para Magalhães & Senna<sup>22</sup>, os modelos assistenciais não são apenas técnicos, constroem-se nas relações políticas, à medida que o poder público incorpora diferentemente as demandas, mediante escolhas e decisões.

Há três modelos para Viana & Dal Poz<sup>23</sup>: o regional, o singular e o principiante, sendo o primeiro mais adequado por comportar o apoio do Governo Estadual. A conjugação do PSF com outras modalidades de atenção básica possui maior potencial de ampliar a oferta de atenção básica, hipótese esta para avaliações posteriores.

Os agentes decisores das instâncias regionais (coordenadores de escritórios regionais), articuladores com os municípios sob a sua área administrativa, reconheceram a heterogeneidade do PSF, apontando a “*parcialidade de seu funcionamento*” (Tangará da Serra), uma vez acoplado às unidades tradicionais de saúde; a “*organização incipiente*” (Várzea Grande), pelo fato da implantação recente do programa; o “*não funcionamento sob a lógica do PSF*” (Cuiabá), uma vez circunscrito apenas à dimensão médico-curativa e ao modelo tradicional de postos e centros de saúde, com resistências corporativas à sua implementação; ou ainda, “*funcionando como PSF, apenas na medida do possível*” (Sinop), sem abarcar o conjunto de ações previstas, sendo mais seletivo; enquanto em Cáceres há contradições à medida que aqueles agentes intermediários o consideravam “*adequado*”, devido à sua adesão

à política da SES-MT, enquanto o coordenador do programa resistia, afirmando que “*começaria tudo do zero*”.

Os agentes decisores (exceto os prefeitos, coordenadores regionais e supervisores) deixaram entrever resistências à atenção básica, especialmente quando lhes foi solicitado comparar o modelo do PSF com outros modelos de atenção. As respostas comparativas omitiram a atenção básica, referindo-se aos modelos médico-curativos especializados (ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico ou de reabilitação) como “adequados”, com nítida preferência deles pela medicina especializada e não pela medicina de família, apesar de concordarem com o discurso oficial da SES-MT sobre o programa.

- **Concepções vigentes sobre os propósitos do PSF**

Os diferentes agentes possuíam concepções distintas do PSF. Os decisores reproduziam o discurso oficial do Ministério da Saúde e da própria SES-MT quanto à capacidade do PSF de reformular o modelo de atenção básica, sem explicitarem este entendimento. Os secretários de saúde enfatizaram aspectos específicos do trabalho das equipes, como a “*humanização do atendimento*” (Sinop) e a “*inovação e criação de vínculos com as famílias*” (Rondonópolis), ou apenas “*o trabalho com as comunidades*” (Cuiabá), defendendo, portanto, uma concepção estimuladora da participação social a ser cumprida pelo PSF, que é parcial em relação às ações de atenção básica, previstas na NOAS/2001.

Os agentes decisores (coordenadores) esperavam efeitos do PSF na organização dos serviços locais, na promoção da saúde e nas ações educativas, enfatizando os aspectos preventivos e promocionais e não os assistenciais curativos, argumentando sobre os efeitos do programa na redução das taxas de mortalidade infantil e na resolutividade dos principais agravos à saúde (Tangará da Serra e Rondonópolis), sem disporem de dados comprobatórios locais. Outros desqualificaram a proposta, atribuindo a “falta de apoio” e os problemas administrativos e políticos (Cáceres), impondo resistências à continuidade do programa, reforçando a sua eliminação.

### **Resultados quanto aos graus de cobertura populacional do PSF**

A cobertura populacional do PSF foi heterogênea. Em Barra do Garças, Rondonópolis e Sinop cobria-se em torno de 70% da população, ultrapassando os 41,5% da média de cobertura na Região Centro-oeste, incluindo o Distrito Federal <sup>12</sup>.

Em Cuiabá, Várzea Grande e Tangará da Serra a cobertura era igual ou inferior a 20%, isto é, bem abaixo da média regional, enquanto em Cáceres ela atingiu 33%. Cuiabá e Várzea Grande são municípios com mais de 100 mil habitantes, concentram população e migração, e os problemas da baixa cobertura do PSF afetam o acesso da população, embora na segunda cidade o programa seja recente.

Cotejadas as metas de cobertura do PSF alcançadas em 2003 com as pactuadas na PPI, conclui-se que elas não se cumpriram nos municípios de Cuiabá (-4,2%), Cáceres (-1,7%), Barra das Garças (-8,1%) e Tangará da Serra (-19,7%). Elas foram cumpridas e ultrapassadas nos municípios de Rondonópolis (+4,4%), Sinop (+1,1%) e Várzea Grande (+0,2%) <sup>12</sup>.

### **Condições e funcionamento de mecanismos institucionais**

- **Mecanismos de financiamento e repasse dos recursos**

A disponibilidade, o fluxo contínuo e regular dos recursos financeiros para o programa são condições importantes para o seu funcionamento. As bases do financiamento foram as seguintes: (i) institucionalização do PAB pelo Ministério da Saúde (NOB/96) através do repasse “fundo a fundo” dos recursos financeiros do governo federal aos municípios; (ii) PAB-variável (janeiro de 1998) para a expansão do PACS/PSF; (iii) aperfeiçoamento gradual das normas de financiamento pelo Ministério da Saúde; (iv) apoio da política estadual de saúde e os incentivos que envolveram o repasse de recursos financeiros para a contratação de médicos e enfermeiros, juntamente com outros apoios (capacitação de recursos humanos, fornecimento de materiais).

Os agentes decisores julgaram esses mecanismos de financiamento como fatores positivos à implementação, mantendo expectativas quanto ao aumento dos valores estipulados, sua manutenção e continuidade. Como obstáculos ao funcionamento do PSF apontaram: os atrasos e demora dos pagamentos pelos governos estadual e federal aos municípios; a falta de autonomia decisória dos gestores locais no uso dos recursos; a insuficiência e baixo valor dos recursos financeiros, exceto os repassados pelo governo estadual para as remunerações de médicos e enfermeiros; e a baixa disponibilidade dos municípios para cumprirem as contrapartidas pactuadas.

A *Pesquisa do Perfil dos Municípios Brasileiros*, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com dados referentes ao ano 2000 mostrou que 60% dos municípios nacio-

nais dependem das transferências financeiras da União e dos estados <sup>24</sup>. Pesando negativamente nas capacidades institucionais de gestão do programa no cumprimento das contrapartidas financeiras municipais. Os gastos municipais em saúde chegaram ao limite máximo, crescendo no período de 1998 a 2000, de 34% para 42% <sup>24</sup>. Não se investigou o montante de gastos com o PSF nos municípios e as informações registradas mostraram o seu crescimento, que saltou de 12% em 1998 para 22% em 2000 <sup>21</sup>, enquanto, no período 1998 a 2000, os gastos municipais em saúde daqueles que despendiam 17% dos seus orçamentos neste item saltaram de 34% para 42% <sup>25</sup>.

- **Montagem das estruturas organizacionais**

A introdução de inovações requer a adaptação das estruturas organizacionais locais para arcaem com o programa, não ocorrida em todos os municípios estudados. A criação de diretorias e coordenadorias específicas de atenção básica deu-se em Cuiabá, Cáceres, Sinop, Rondonópolis e Barra do Garças, e sua criação apenas formal em Várzea Grande. Acoplou-se o gerenciamento do programa à estrutura preexistente, sem diferenciar-se da atenção básica em Tangará da Serra. A convivência do PSF com as estruturas tradicionais e programas verticais gera conflito na gestão da atenção básica. Segundo os secretários de saúde entrevistados, as principais mudanças organizacionais foram a criação do cargo de gerente das unidades de saúde da família e os mecanismos reguladores do acesso e do fluxo de atendimento, através das centrais regionais de vagas, presentes em cinco dos sete municípios consorciados.

Os mecanismos de supervisão eram adequados, com regularidade quinzenal, nos municípios de Cuiabá, Rondonópolis e Sinop, permitindo o relacionamento da coordenadoria do programa com as equipes no acompanhamento de seu trabalho. Em Tangará da Serra, supervisão e coordenação juntavam-se em um agente, sendo a primeira ocasional, segundo as demandas, enquanto nos demais municípios o supervisor não exercia a função. As falhas no funcionamento desses mecanismos dificultam a resolução dos problemas das equipes e o fluxo de informação entre os agentes implementadores com as instâncias gerenciais do programa. Os mecanismos informais e não sistematizados de acompanhamento na maioria dos municípios estudados pouco contribuíam para o aperfeiçoamento do programa.

- **Disponibilidade e capacitação dos recursos humanos**

A disponibilidade e adequação dos recursos humanos para as tarefas a serem cumpridas e os comportamentos dos agentes implementadores são condições importantes para o êxito da implementação. Um outro estudo mostrou que: 96,6% das equipes contavam com médicos; 96,2% possuíam enfermeiros; 68,6% possuíam dois auxiliares de enfermagem e 30,4% contavam com apenas um, enquanto os agentes comunitários (mais de quatro) estavam em 97,5% das equipes <sup>11</sup>.

Exceto a disponibilidade de auxiliares de enfermagem, os índices foram superiores aos encontrados em outros estudos, em que 94,1% das equipes possuíam médicos, 95,3% tinham enfermeiros, 98% possuíam auxiliares de enfermagem e 94,7% com um ou mais agentes comunitários <sup>12</sup>. Apesar desse quadro positivo, os agentes decisores julgaram o problema da rotatividade e a dificuldade de fixação dos médicos, a inadequação de suas especializações e o baixo estímulo dos contratos temporários de trabalho, constatados em outras pesquisas avaliativas <sup>23</sup>.

A capacitação dos agentes implementadores é fundamental à introdução das inovações, para o trabalho de equipe, seu maior vínculo com a clientela e o acompanhamento das famílias. A redefinição das atribuições e funções da equipe incluiu a atenção médico-curativa e ações de promoção, prevenção e educativas, estas últimas, não são usuais na formação dos profissionais de saúde.

A capacitação descentralizada regionalmente foi feita pela SES-MT, apoiada pelo Ministério da Saúde. Em Cuiabá, a Escola de Saúde Pública da SES-MT coordenou os cursos. A operação adequada dessa atividade requer relações intergovernamentais, cujos mecanismos estabelecidos são desconhecidos pelos agentes decisores. Os gestores apontaram problemas de “*insuficiência de recursos financeiros*”, “*atraso nos repasses de dinheiro aos municípios*”, não mencionando a importância dos cursos de capacitação como meios de preparar os profissionais, enquanto os coordenadores e supervisores os julgaram indispensáveis para o funcionamento e alcance dos objetivos do programa.

Embora a capacitação é “alavanca” para a reorganização da atenção básica e poderoso instrumento de gestão, segundo os decisores centrais, suas respostas foram evasivas, contraditórias e desinformadas sobre a atuação e o modelo dos cursos adotados. Os supervisores e coordenadores reconheceram como problema a não cobertura da totalidade dos membros das equipes pela

capacitação. Persistem demandas para os cursos gerais e específicos, entre os médicos e enfermeiros, sendo que 79% deles freqüentaram apenas o módulo introdutório obrigatório <sup>11</sup>.

#### • Fontes de apoio do programa

O apoio dos agentes decisores e implementadores auxilia o sucesso da implementação. Os apoios políticos, segundo os decisores centrais, estão “*nas vontades políticas dos prefeitos e secretários municipais de saúde*”, indispensáveis à adesão ao programa e ao seu funcionamento. Esses apoios computam rendimentos político-eleitorais ou legitimadores dos governos locais. Alguns decisores (coordenadores de programa) apontaram o “*uso político do programa, pelos prefeitos*”, como fator negativo.

Os coordenadores regionais aderiam fortemente ao programa, apoiando a instância estadual de governo, não reconhecendo o apoio irrestrito dos prefeitos e secretários da saúde em Sinop e Cáceres, por motivos político-partidários divergentes com o governo estadual.

As resistências corporativas de médicos e dos auxiliares de enfermagem afetam a sua integração às equipes nos grandes centros urbanos (Cuiabá e Várzea Grande) e em outras localidades do país <sup>19</sup>, dificultando a implementação. Nos grandes centros urbanos as associações de especialistas, os conselhos regionais e entidades sindicais impõem conflitos, defendendo seus interesses corporativos <sup>19</sup>. As resistências dos usuários ao PSF em Cuiabá e Rondonópolis deram-se devido à preferência pelo atendimento nos postos de saúde. Elas foram superadas, graças ao trabalho dos agentes comunitários de saúde, segundo os coordenadores do programa.

### Conclusões

Estudados alguns aspectos do processo de implementação do PSF nos sete municípios com população igual ou superior a 50 mil habitantes no Estado de Mato Grosso, verificou-se a implantação tardia do programa em relação a outros contextos nacionais. O forte estímulo e apoio da política estadual de saúde de Mato Grosso favoreceram a expansão do PSF, ao lado das adesões dos agentes decisores, da disponibilidade de recursos e apoios obtidos. Quanto às características do processo de implementação concluem-se os seguintes aspectos:

- A implantação diferenciou-se no tempo. Os programas mais antigos iniciaram-se no final da década de 1990, com uma a três equipes no máximo, expandidas posteriormente, enquanto

os três programas recentes iniciados em 2000, com apenas três equipes, não expandidas, até o momento da coleta das informações;

- Predominou o modelo não substitutivo da atenção básica em cinco municípios, cujos índices de cobertura estavam 50% aquém da média de 41,5% da Região Centro-Oeste (exceto o Município de Cáceres). O PSF como modelo substitutivo e exclusivo de atenção básica (Sinop e Barra do Garças) oferece maior cobertura populacional, não sendo recomendável por não preencher as ações previstas na NOAS/2001;

- Persistem problemas de cobertura nos municípios com mais de 100 mil habitantes (Cuiabá e Várzea Grande), cuja concentração demográfica, de problemas de saúde e de demandas desafiam a organização do PSF. Nos municípios da região norte do estado (Sinop e Rondonópolis), os processos migratórios pressionam o PSF, desorganizando-o em sua territorialidade e adscrição da clientela;

- Os agentes decisores apreendem a heterogeneidade do funcionamento do PSF e dos seus modelos com os parâmetros: parcialidade e restrição a algumas ações, com readaptações locais do programa, independentes dos graus de antiguidade;

- Não ocorreu o apoio irrestrito de todos os agentes entrevistados, que portam concepções e entendimentos parciais sobre os propósitos do PSF por desinformação ou por resistências. Esses são obstáculos à implementação, ainda que o apoio dos agentes intermediários, dos coordenadores e supervisores favoreceu os elos da SES-MT com os municípios.

Dentre as condições e funcionamento dos mecanismos institucionais conclui-se que:

- A disponibilidade e acesso, pelos municípios, aos recursos financeiros estimularam a implantação, embora os agentes apontassem o atraso no repasse do dinheiro, pelo governo estadual; os baixos valores estipulados, exceto para a remuneração dos médicos; a vigência de normas rígidas para o uso dos recursos e a falta de autonomia gerencial como obstáculos ao funcionamento do programa. Os dois últimos fatores contrariam as expectativas de uso livre dos recursos vinculados ao cumprimento de metas;

- A criação de estruturas gerenciais e administrativas específicas para o programa, articuladas ou não a outras estruturas de atenção básica, facilita os mecanismos decisórios e a introdução de inovações do PSF, enquanto a sua ausência dificulta a ruptura com a tradição dos programas verticais e o convívio menos conflituoso com outras modalidades de atenção básica. A existência do gerente de unidade de saúde da família garante a identidade ao programa;

- A regularidade da supervisão e do controle do programa foi positiva, quando independentes de suas coordenações (Cuiabá, Sinop e Rondonópolis). Foi inadequada a superposição das funções de coordenador e supervisor ou a inexistência deles, por afetar o acompanhamento do trabalho das equipes e a resolução de problemas;
- A maior divulgação do programa, pelos agentes de saúde, junto à população removeu as resistências dos usuários em Cuiabá e Rondonópolis, fortalecendo o seu apoio;
- Os elevados percentuais de equipes com médicos, enfermeiros e agentes de saúde, exceto de auxiliares de enfermagem, contribuem positivamente ao processo de implementação, enquanto as resistências corporativas (dos médicos) ao PSF ou à atenção básica dificultam o alcance de resul-

tados, dentre eles das metas de cobertura como em Cuiabá e Tangará da Serra, desfavorecendo a adesão dos implementadores;

- Persistem problemas de rotatividade dos profissionais nas equipes e os vínculos precários de trabalho, apontados pelos agentes decisores, existindo demandas de capacitação;
- Divergências político-partidárias entre o governo municipal e o estadual impuseram resistências ao programa, sem impedir a sua continuidade e o alcance de cobertura mais ampla da população (33% em Cáceres);
- A adoção exclusiva de mecanismos informais de avaliação e acompanhamento do programa é limitada para aperfeiçoá-lo e corrigir os problemas identificados.

## Resumo

*O artigo analisa alguns aspectos do processo de implementação do Programa Saúde da Família (PSF), nas seguintes dimensões: resultados; condições e funcionamento dos mecanismos institucionais; estruturas organizacionais; fluxo e regularidade do repasse dos recursos financeiros; disponibilidade e capacitação dos recursos humanos. Estudaram-se sete municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil, usando-se fontes de dados secundários e primários, oriundos de entrevistas com diferentes agentes. É pesquisa avaliativa, com dados quantitativos e qualitativos. Conclui-se o seguinte: diferentes graus de implantação, de modelos de PSF e abrangência de cobertura populacional; adaptações das estruturas organizacionais; disponibilidade de pessoal, exceto dos auxiliares de enfermagem; disponibilidade de financiamento, com dificuldades no seu fluxo e outros fatores institucionais que dificultam ou favorecem o microprocesso de implementação do programa, nas instâncias municipais.*

*Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Avaliação*

## Colaboradores

A. M. Canesqui e M. A. S. Spinelli coordenaram, conceberam, analisaram e relataram a pesquisa, organizaram, redigiram e revisaram o texto.

## Agradecimentos

Agradecemos os financiamentos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Pesquisas do Estado de Mato Grosso ao projeto que deu origem ao artigo.



## Referências

1. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: saúde dentro da casa. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
2. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
3. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
4. Senna MCM. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:S203-11.
5. Viana AL, Dal Poz MR. PSF: um instrumento de reforma do SUS? <http://www.abrasco.org.br/Revista/saudeemovimento/indice> (acessado em 27/Jun/2002).
6. Connil 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:S191-202.
7. Canesqui AM, Oliveira AM. Saúde da família: modelos internacionais e a estratégia brasileira. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Edições Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002: p. 241-88.
8. Canesqui AM, Spinelli MAS. Avaliação do processo de implementação do Programa de Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso; 2004.
9. Berman P. The study of macro and micro-implementation. *Public Policy* 1975 26:157-84.
10. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods*. London: Sage Publications; 2002.
11. 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.
12. Ministério da Saúde. Sistema de informação da atenção básica. <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm> (acessado em 14/Mai/2004).
13. Viana AL, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis (Rio J)* 2005; 15 Suppl 1:225-64.
14. Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Portaria nº. 26/2991/2001. Dispõe sobre o apoio ao PSF. Cuiabá: Secretaria de Estado da Saúde; 2001.
15. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2203, de 5 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. *Diário Oficial da União* 1996; 6 nov.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº. 95, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a Norma Operacional de Assistência à Saúde. *Diário Oficial da União* 2001; 29 jan.
17. Rodrigues SH. O Programa de Saúde da Família em grandes municípios urbanos na perspectiva do gestor municipal [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.
18. Heiman LS, Mendonça MH. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FS, organizadores. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 481-502.
19. Ministério da Saúde. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em 10 centros urbanos. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2002.
20. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. Plano Municipal de Saúde, 2002-2005. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá; 2002.
21. Lage J. Transferência de recursos sustenta 60% dos municípios, diz IBGE. <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u65134.shtml> (acessado em 26/Out/2004).
22. Magalhães R, Senna MCM. Local implementation of the Family Health Program in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2549-59.
23. Viana AL, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis (Rio J)* 1998; 8:11-48.
24. Favaret ACS. Vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:317-78.
25. Lage J. Prefeituras elevam gastos com saúde e educação, revela IBGE. <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u65132.shtml> (acessado em 26/Out/2004).

---

Recebido em 13/Set/2005

Versão final reapresentada em 26/Jun/2007

Aprovado em 24/Jul/2007