



## **POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE: FORTALECENDO A DEMOCRACIA LOCAL EM PEQUENOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

### **MUNICIPAL PUBLIC HEALTH POLICIES: STRENGTHENING LOCAL DEMOCRACY IN SMALL MUNICIPALITIES**

**JOSÉ LUÍS BIZELLI<sup>1</sup>**

**SABRINA SINABUCRO KANESIRO BIZELLI<sup>2</sup>**

**ELEN ROSE LODEIRO CASTANHEIRA<sup>3</sup>**

Recepción: 20/11/2013

Aceptación: 25/06/2014

#### **RESUMO**

Este artigo apresenta o esforço das equipes municipais que atuam na área da saúde para a construção do atendimento das demandas cidadãs, em um pequeno município de uma área pouco desenvolvida do estado de São Paulo. A investigação analisa não só como as práticas do serviço de saúde se caracterizam e se organizam, mas quais são os desafios e os avanços presentes na implantação de políticas públicas de saúde, no Brasil. Assim, é possível perceber como a estratégia de saúde da família necessita de relações loco-regionais mais dinâmicas para dar atenção integral ao cidadão. Olhar sobre a saúde ilustra como, no caminho de construção da democracia, a ação municipal é imprescindível para fortalecer a resolutividade das ações públicas.

1. Possui graduação (1980) em Arquitetura (PUCCAMP), Mestrado (1990) e Doutorado (2003) em Sociologia (UNESP). É Professor da Faculdade de Ciências e Letras UNESP, Campus de Araraquara –São Paulo –Brasil. Fez seu Pós-doutorado no Departamento de Ciências de la Educación, da Universidad de Alcalá de Henares (UAH), Espanha. São Paulo, Brasil. Correo electrónico: bizelli@fclar.unesp.br

2. Possui graduação em Psicologia Bacharelado, Licenciatura Plena (2000) e Formação de Psicólogos (2001) Unesp-Assis, especialização em Gestão Pública e Gerência de Cidades (2004) Unesp-Araraquara, aprimoramento em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde (2005) Unicamp e mestrado em Saúde Coletiva (2010) Unesp-Botucatu. Atualmente está inserida no Programa de Doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp. SP –Brasil. São Paulo, Brasil. Correo electrónico: sakanesiro@gmail.com

3. Possui graduação (1981) em Medicina pela UNESP-Botucatu, Mestrado (1996) e Doutorado (2002) em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo. É Professor Assistente Doutor do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP. São Paulo, Brasil. Correo Eletrónico: elen@fmb.unesp.br

## PALAVRAS CHAVE

Gestão municipal; políticas públicas municipais; gestão da saúde local; pequenos municípios brasileiros.

## ABSTRACT

*This article presents the endeavors of health municipal teams in building services that meet citizens' demands, in a small municipality from a less developed area of the state of São Paulo. Beyond health services practice characterization and organization, our study assesses the challenges and advances in the implementation of public, health policies in Brazil. In this way it is possible to perceive how the family health strategy needs to overcome impasses in the service work processes, as well as more dynamic local and regional relations to provide comprehensive care to citizens. Health care exemplifies how, in democracy building, municipal action is indispensable to strengthen the effectiveness of public actions.*

## KEYWORDS

*Municipal management; municipal public policies; local health management; Brazilian small municipalities.*

## 1. INTRODUÇÃO

O objeto de análise deste artigo é a ação de saúde, em um pequeno município do estado de São Paulo, Brasil. Por um lado, estruturalmente, os atores estão inseridos no contexto de formulação das políticas públicas em Saúde, no que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS) e nos cuidados da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Por outro lado, em suas práticas cotidianas, demonstram as dificuldades para a democratização do atendimento à saúde através das equipes profissionais instaladas na administração pública municipal.

Com a democratização e a nova Constituição de 1988, o ente federado município é reconhecido como criador e gestor de políticas públicas de atendimento às demandas dos cidadãos. Dificuldades de várias naturezas, porém, rondam o dia a dia dos gestores municipais: restrições orçamentárias, restrições materiais, restrições de recursos humanos, falhas na formação profissional das equipes governativas, centralização de decisões na articulação dos programas de políticas públicas de atendimento, a pobreza oriunda da má distribuição de renda e a falta de projetos estratégicos de desenvolvimento local e regional.

A escolha de um pequeno município -com precários indicadores de riqueza,

segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social<sup>4</sup> (IPRS)- de uma região pouco desenvolvida para avaliar a adoção de uma política pública -a de saúde- deveu-se ao entendimento de que avanços vêm acontecendo no setor, nos últimos vinte anos, apesar de todas as dificuldades.

No entanto, como foi identificado na investigação, as inovações positivas que podem ser encontradas ultrapassam as grandes decisões estruturais que dominam a macropolítica e referem-se à organização dos profissionais que estão no setor público enfrentando os desafios mais gerais da inadequação das normas, vivenciados nas tramas cotidianas, na microfísica das instituições (Foucault, 1984).

## 2. DEMOCRACIA E ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL NO BRASIL

A partir de o Brasil voltar a adotar a democracia partidária competitiva como forma de seleção legítima de seus governantes, cada vez mais se delineia um imenso desafio para legitimar o regime: construir políticas públicas locais que sejam reconhecidas como efetivas para atender às demandas da população.

Vários são os desafios postos aos poderes e às administrações locais. Olhando a problemática de uma perspectiva macroeconômica, é natural -dado o modelo capitalista que orienta o modo de produção da sociedade brasileira- que muitos cidadãos encontrem uma forma privada de comprar os serviços necessários para sua própria reprodução e a de sua família, mas aqueles que acabam excluídos pelo mercado só têm oportunidade de incluir-se nos benefícios da sociedade moderna pelas mãos do poder público local -quer através do setor estatal, quer através do setor público não estatal.

Assim, por um lado, a consolidação da Democracia -como forma civilizada da população selecionar suas lideranças e como forma pactuada de resolução de conflitos provocados por um modelo de sociedade fundado em desigualdades profundas- exige políticas de governo que garantam o reingresso dos excluídos ao mercado de trabalho e ao mercado de consumo.

4. "O IPRS é um indicador inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e exprime sinteticamente um conjunto de dimensões para mensurar as condições de vida da população. Assim, consideram-se as dimensões riqueza, longevidade e escolaridade, de forma a caracterizar a posição de dada unidade territorial (município, região administrativa, Estado) de acordo com sua situação em cada dimensão e também dentro de uma tipologia elaborada a partir da combinação dessas dimensões" (SEADE, 2007).

Ao mesmo tempo em que a Constituição brasileira de 1988 reconheceu o município como ente federado e lhe atribuiu funções determinantes para a gestão das políticas públicas essenciais à garantia da cidadania, os recursos efetivos para que o executivo municipal cumpra seu novo papel permanecem insuficientes.

Houve aumento nas alíquotas de impostos destinadas às esferas locais, mas fatores estruturantes da tributação impedem que os repasses representem maior soma de recursos disponíveis. Um exemplo são os instrumentos fiscais -as “contribuições”- criados sem que fossem previstos repasses para municípios; outro são as baixas taxas de crescimento do país, as quais estagnaram, em termos absolutos, os valores destinados aos municípios.

Prefeitos, portanto, têm novas necessidades de orçamento<sup>5</sup> para atender demandas cidadãs, enquanto seus recursos reais e gastos com pessoal permanecem iguais, o que compromete a capacidade de investimento local.

Passam a compor o conjunto de metas da equipe governativa local: aumentar habilidades dos servidores em ferramentas de gestão; rever procedimentos administrativos utilizados eliminando desperdícios de tempo e de inteligência nos processos; utilizar tecnologias de informação e comunicação (TIC) para facilitar o controle, o diálogo -interno ou com a população- e o processo de tomada de decisão; aliar a eficiência na atualização dos códigos tributários com a eficácia nos instrumentos de cobrança, permitindo uma maior justiça tributária através da governança pública municipal (BIZelli, 2013).

Diante da cidade, o cidadão recebe -de forma legal, conforme o artigo sexto do capítulo II da Constituição brasileira- um “talão de cheques” com o qual pode sacar direitos sociais: educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, enfim tudo que represente uma vida digna.

É na escola do bairro, porém, que ele troca o cheque educação de seus filhos. É na unidade de saúde que ele saca o cheque saúde. São as atividades que se desenvolvem na praça que lhe abrem o direito ao lazer ou à cultura. A cidade é a porta para a satisfação das necessidades humanas e cabe ao poder local franquear o “Direito à Cidade” para todos os cidadãos.

5. Maior volume de recursos tornou-se necessário para atender demandas provocadas pelos efeitos negativos do crescimento econômico inexpressivo do país e da baixa capacidade de distribuição de renda que empobreceram ainda mais a população, empurrando a classe média a buscar a prestação de serviços públicos.

A administração municipal tem, assim, o compromisso de focar as ações públicas sob as lentes da busca de equidade, da responsabilidade social e do atendimento integral aos direitos humanos, construindo um espaço de decisões compartilhadas com a sociedade local.

Ao analisar a responsabilidade dos municípios por esse ângulo, é preciso notar a diversidade que existe quando se fala de gestão local, no Brasil. A primeira questão que pode ser colocada é de escala. Municípios no estado de São Paulo -campo desta pesquisa- têm grandes populações como a cidade de São Paulo - 11.244.369 habitantes, e têm populações como Borá-805 habitantes (BRASIL, 2013). Notadamente, as estruturas administrativas locais das duas localidades não podem ser comparadas.

Além disso, a dinâmica de desenvolvimento regional do território paulista apresenta situações bastante discrepantes do ponto de vista da organização produtiva e das oportunidades de construção das condições materiais de vida oferecidas para os cidadãos. É possível identificar, no estado que mais gera riqueza para o país<sup>6</sup>, “áreas deprimidas”, ou seja, regiões que congregam municípios pobres segundo o IPRS. Três regiões concentram espacialmente municípios paulistas mais pobres: o vale do Paraíba, o vale do Ribeira e o pontal do Paranapanema.

As regiões citadas são reconhecidas -quer no senso comum, quer entre os investigadores que se dedicam ao tema- como as regiões pobres do território paulista, caracterizadas por bases produtivas vinculadas às atividades agrícolas e pastoris, de baixa densidade de integração aos fluxos econômicos ligados à modernização industrial, longe dos eixos de desdobramento das atividades metropolitanas, com redes urbanas de baixa densidade demográfica, índices de esvaziamento populacional por longos períodos e indicadores de desenvolvimento, em geral, abaixo da média do Estado. Configura-se o quadro econômico “deprimido”: desindustrialização e marginalização.

Acrescente-se ao perfil traçado o efeito da descentralização -que promove um aumento da importância dos atores, públicos e privados, locais- e pela introdução da participação nos processos de decisão sobre políticas locais -que diminui a capacidade do governo estadual no que tange ao planejamento estratégico das políticas sociais inclusivas e de seu acompanhamento gerencial.

6. “Embora o estado de São Paulo, nas últimas décadas, venha diminuindo paulatinamente sua participação no PIB brasileiro, ainda se mantém como o principal estado exportador da federação graças à pujança de sua rede de cidades e de atividades econômicas, densas e complexas.

Dentro deste contexto, o tema escolhido para analisar o oferecimento local de serviços cidadãos à população de pequenos municípios paulistas foi a Saúde. Assim, é essencial entender -pelo prisma das ações locais de atendimento à Saúde- como vem sendo tratadas questões nas organizações administrativas municipais.

### 3. O MODELO BRASILEIRO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE

A municipalização dos serviços de atenção à saúde, no Brasil, foi impulsionada nos anos 90 a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) o qual definiu um processo de responsabilização progressiva da esfera local pela gestão da assistência, amparado em mecanismos políticos, legais e de transferência financeira -como o Piso de Atenção Básica (PAB) e os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF).

Esse processo tem propiciado ampliação do acesso da população tanto à rede básica de saúde como aos recursos secundários e terciários, desenhando uma rede pública cuja abrangência não tem precedentes históricos no cenário brasileiro.

Na atenção primária, a implantação de ESF reforça o processo, permitindo o acesso ao sistema para grupos populacionais até então não atingidos pelos serviços tradicionais. Com recursos percentuais constitucionalmente garantidos e com uma rede pública expandida, pode-se dizer que o SUS vem construindo condições políticas e institucionais de avanços concretos em relação à universalização do acesso aos serviços de saúde.

*“A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. (...) Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. (MS, 2013)”.*

Criada em 1994, a ESF visa dinamizar e reorientar o modelo de atenção básica do SUS, trazendo consigo o sentido da generalidade e voltando-se

à atenção integral da população. Sua estrutura é multiprofissional com o intuito de contemplar e integrar as diferentes visões sobre os fenômenos, minimizando os efeitos da lógica da fragmentação. Operacionalmente, a ESF é responsável por um número determinado de famílias, ou seja, as mesmas famílias são acompanhadas pelo mesmo conjunto de profissionais. Além disso, os agentes comunitários de saúde que compõem a equipe são membros do mesmo território que abriga a unidade de saúde da família.

O objetivo é maior penetração no tecido social concreto por parte da equipe multiprofissional e maior permeabilidade das ações afirmativas em saúde na comunidade. Desse encontro, equipe/comunidade, resulta maior absorção dos problemas que atingem a comunidade -com toda a complexidade inerente -nas ações de promoção da saúde, aproximando a comunidade do exercício de práticas saudáveis. Naturalmente, a qualidade da aproximação depende do vínculo estabelecido entre o profissional e a comunidade, bem como de outras questões referentes à própria complexidade do sistema de saúde brasileiro (Viana et al, 2006).

Outra discussão que pode ser feita é sobre a efetiva inovação existente na ESF que, devido a diversos fatores, estaria reproduzindo o mesmo paradigma de atenção dos tradicionais ambulatoriais e centros de saúde (Bodstein *et al.*, 2006; Elias *et al.*, 2006; Ibañez *et al.*, 2006). Ibañez et al. (2006) demonstram que na avaliação dos profissionais através das dimensões vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar e orientação comunitária, os que trabalham nas unidades de saúde da família (USF) foram mais bem avaliados do que os das unidades básicas tradicionais. Em relação à porta de entrada e acessibilidade não houve diferença avaliativa entre os dois tipos de modelo.

Em trabalho realizado por Capozzolo (2003), há a constatação de que, apesar de propostos novos arranjos tecnológicos na ESF, a organização do trabalho nas USF ainda permanece centrada na oferta de assistência médica individual, com dificuldades em realizar-se uma clínica ampliada nas consultas, ou seja, uma clínica cuja abordagem englobaria aspectos para além da dimensão biológica do corpo doente<sup>7</sup>.

Elias *et al.* (2006) -buscando avaliar o desempenho da atenção primária no município de São Paulo- observaram índices da Atenção Básica que expressam avaliação dos usuários mais favorável à unidade de saúde da família nos estratos com maior exclusão social, quando comparada à avaliação de

7. Aponta o autor para o risco da simplificação da atenção dada à grande demanda e o excesso de trabalho em serviços em um município paulista de grande porte como Campinas.

unidades básicas tradicionais. Por outro lado, analisando a dimensão riqueza -que compõe o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)- pôde-se observar uma relação inversamente proporcional entre ela e a cobertura da ESF, ou seja:

“quanto maior a porcentagem de cobertura do PSF, menor é o indicador de riqueza do IPRS no município, reforçando a ideia de que nesses municípios a clientela do SUS é proporcionalmente maior (Viana *et al.*, 2006:582)”.

A atenção primária, assim, renova sua importância no cenário nacional, já que tem o papel não apenas de ser “porta de entrada” para os demais níveis do sistema, constituídos por serviços de maior complexidade, mas também de ser nível de atenção primeiro, porque dotado de maior “resolutividade” em relação aos problemas de saúde mais frequentes na população. Sua função é, portanto, “resolver” -ou seja, “dar respostas satisfatórias” em termos individuais e coletivos- à maioria dos problemas colocados para a saúde, por meio de atividades integradas de promoção, prevenção e assistência.

Apesar do aparente consenso construído sobre o papel da atenção primária local e de sua capacidade em responder às necessidades de saúde, a efetivação da missão exposta tem encontrado obstáculos tanto de ordem política e financeira, como tecnológica. Se, de fato, não se trata de “cesta básica” de cuidados “mínimos”, ou de simples *gatekeeper* -reprimindo e controlando a demanda- faz-se necessário avançar em termos de priorização política, de investimentos financeiros e de desenvolvimento de novas tecnologias para que a atenção à saúde local se fortaleça.

Como os municípios vêm se preparando para oferecer atendimento de qualidade à atenção básica? A reorganização da atenção à saúde a partir da extensão da rede básica tem se efetivado em ações que renovam as práticas de gestão e de assistência?

Um dos desafios colocados pelo processo de descentralização é a emergência de uma grande diversidade de cenários para a gestão da saúde apoiada em contextos loco-regionais com imensas desigualdades sociais e estruturais (Bodstein, 2002). Com a multiplicidade de cenários, as experiências de gestão municipal reinventam, por assim dizer, a saúde, envolvendo novos atores e novas dinâmicas de interação entre o estado e a sociedade, tanto em relação aos processos decisórios quanto à abertura para instauração de diferentes práticas de atenção à saúde.



Pode-se antever que as interfaces assumam matizes conforme o contexto político estrutural em que ocorrem, considerando-se como indicadores o tamanho da população, a base produtiva da região ou a expressão das forças políticas locais. No entanto, para implantação do SUS, a diversidade deve contemplar medidas que avancem na direção da efetivação de seus princípios e diretrizes, ainda que por meio de diferentes estratégias.

O amplo processo de mudanças -da descentralização da responsabilidade e do poder decisório sobre a saúde à efetivação de novas práticas- pode ser analisado a partir de avaliações que coloquem em foco a atenção básica, sua gestão e organização. É preciso avaliar quais têm sido os obstáculos enfrentados e quais têm sido as inovações tecnológicas implantadas.

A literatura na área da avaliação de programas e serviços de saúde tem por base as pesquisas avaliativas sobre a qualidade da assistência, as quais adotam como eixo analítico a organização tecnológica do trabalho em saúde (Nemes, 2001; 2000; Nemes *et al*, 2004; 2002; Castanheira, 2002; Melchior, 2003; Alves, 2003). Outro ângulo de análise é o estudo da ação gerencial (Merhy, 1997; Cecílio, 1994), o qual permite traçar intermediação entre a gestão e a micropolítica presente na organização dos serviços.

No quadro descrito, o intuito deste trabalho foi conhecer práticas de um serviço de saúde da família em um município de pequeno porte e baixa riqueza (IPRS), discutindo os desafios e avanços na gestão do sistema local de saúde, principalmente com foco na atenção primária à saúde.

As práticas em saúde desenvolvidas pelos atores envolvidos com o serviço e com a gestão municipal foram o foco de investigação, ou seja, como são realizadas as práticas e em que contexto; quais as dificuldades e os facilitadores de sua execução. Características para a seleção do município foram: porte populacional abaixo de 5 mil habitantes, baixa riqueza (IPRS) e cobertura em 100% do território pela ESF, de acordo com trabalho anterior (Viana *et al.*, 2006), cujos resultados mostraram que em municípios de menor porte populacional há o predomínio de modelo centrado na atenção básica, com ênfase na ESF.

É importante salientar que os dados do censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (BRASIL, 2013) mostram que 45,19% dos municípios brasileiros possuem população menor de 10 mil habitantes e 23,38% têm menos de 5 mil habitantes. Para o estado de São Paulo 43,26% têm menos de 10 mil habitantes e 24,34% menos de 5 mil habitantes. É possível dizer, que o município escolhido é, portanto, bastante ilustrativo no que se refere ao porte populacional brasileiro, de maneira geral.

A variável pobreza -segundo o IPRS- é considerada importante tanto por refletir as condições de vida da população, quanto por incorporar a (in) capacidade de sustentabilidade econômica local e sua dependência de recursos de outros níveis de governo, seja federal ou estadual, naquilo que foi definido anteriormente como regiões “deprimidas” do estado de São Paulo.

Como foi dito, os pequenos municípios em regiões deprimidas se deparam com o desafio da gestão e da organização do sistema de saúde municipal, diretriz nacional que se impõe a todos os municípios, independente das características locais como grandeza populacional, riqueza produzida, índices de desenvolvimento econômico e social. Assim, propicia-se o aparecimento de *formas singulares de práticas de saúde*, ou seja, mesmo com diretrizes e normas gerais, cada município cria uma forma de gerenciar o sistema de saúde local e cada unidade de saúde trabalha com características específicas. Apesar do avanço no processo de construção do SUS, pouco controle há sobre a qualidade dos serviços prestados nos municípios.

A partir do contexto apresentado, foi desenhada a investigação sobre os processos locais que se dão dentro do âmbito municipal e que contribuem para a qualidade dos serviços de saúde, particularmente com aqueles que se referem à atenção básica, numa unidade de saúde da família de um município de pequeno porte e de baixa riqueza (IPRS).

#### 4. DELINEAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

Esta investigação é um desdobramento de pesquisa anterior sobre o desenvolvimento, a validação e a utilização de metodologia de avaliação da qualidade dos serviços na Atenção Básica (Castanheira *et al*, 2010).

Com foco na organização e gerenciamento dos serviços de Atenção Primária, o estudo desenvolveu o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), que foi respondido pelos gerentes e equipes de 598 unidades localizadas em 115 municípios do estado de São Paulo. Os critérios de qualidade utilizados seguiram as normas definidoras de um primeiro nível de tradução dos princípios da universalidade, integralidade e equidade e orientaram a definição de indicadores -que procuram representar de forma sintética- sobre a qualidade da organização dos serviços de saúde.

Observou-se que as unidades organizadas segundo a ESF predominavam no grupo de serviços de melhor qualidade e houve uma relação positiva entre qualidade e localização da unidade em pequenos municípios (CASTANHEIRA, 2007).

Segundo o estudo, as unidades rurais foram, em geral, mal avaliadas. Destacou-se uma única unidade rural que obteve melhor pontuação (10ª posição, no ranking geral) localizada em região de municípios com menos de 10 mil habitantes (CASTANHEIRA, 2007). Exceção à regra, esta unidade foi eleita como campo para o presente trabalho.

O serviço estudado, portanto, está localizado na região economicamente deprimida do Vale do Ribeira, estado de São Paulo. O município conta com 3.758 habitantes, densidade demográfica de 9,25hab/Km<sup>2</sup> e grau de urbanização igual a 48,43% (Estado -93,70%). Pertence ao grupo 3 no IPRS cuja dimensão riqueza pontua-se 16 (Estado -55). Entretanto as dimensões longevidade e escolaridade apresentam-se superiores ao Estado, 75 e 70 respectivamente (Estado -72 e 65). Nos quesitos consultas de pré-natal e parto cesáreo -indicadores de saúde que demonstram a eficiência dos serviços- seus indicadores foram melhores que do Estado<sup>8</sup>.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas com profissionais da área totalizando 14 entrevistas, a saber, o secretário municipal de saúde, os agentes comunitários, a enfermeira, os auxiliares e os técnicos de enfermagem, o médico, o dentista, o auxiliar de consultório dentário, os responsáveis pelas vigilâncias sanitária e epidemiológica e o corpo técnico administrativo. As entrevistas foram gravadas em meio digital e após a transcrição, os arquivos foram destruídos. Todas as atividades foram realizadas com a permissão do secretário de saúde e com o prévio consentimento informado dos envolvidos. Esclarecimentos éticos, como o resguardo do anonimato e o relato sobre o procedimento adotado com os materiais produzidos, foram explicitados antes de cada entrevista.

O roteiro das entrevistas foi construído a partir de questionário estruturado aplicado em pesquisa anterior<sup>9</sup>, procurando abordar aspectos qualitativos da assistência, e teve por objetivo aprofundar as principais problemáticas

8. Segundo o SEADE (2007), 76,96% das gestantes tiveram sete ou mais consultas de pré-natal (Estado 75,73%) e apenas 30,38% realizaram parto cesáreo (Estado 55,36%).

9. Castanheira et al. (2010; 2009; 2007).

envolvidas e o posicionamento ético-político dos sujeitos (Minayo, 2004), principalmente em questões relativas à universalidade, à integralidade e à equidade. Trabalhos realizados anteriormente utilizaram essas dimensões da assistência como categorias avaliativas de análise (Connil, 2002).

O procedimento de organização e análise do material realizou-se na leitura e releitura exaustiva, com objetivo de trazer para o primeiro plano as narrativas sobre as condições da vida dos atores sociais e as práticas que produziram sentidos de qualidade, traduzidos através de palavras-vetores que aglutinaram novos sentidos na discussão realizada posteriormente. Aqui se reproduz a análise feita, a partir da perspectiva da gestão local.

## 5. PRÁTICAS DE GESTÃO LOCAL E DESAFIOS NA ATENÇÃO EM SAÚDE BRASILEIRA

A investigação das práticas de cuidado do serviço de saúde<sup>10</sup> -como se caracterizam e se organizam- revela que as políticas públicas de saúde, no Brasil, apresentam avanços e desafios para os gestores. Três são os desafios sobre os quais este texto vai se debruçar. O primeiro diz respeito aos contrastes produzidos quando acontece o encontro da comunidade com a intervenção das equipes locais de saúde. O segundo aspecto pode ser descrito como a análise dos dilemas -interpessoais e profissionais- vivenciados pelas equipes, ou seja, impasses provocados por microrelações estabelecidas no processo de atendimento. Por último, é importante anotar os enfrentamentos locais para proporcionar atenção integral em saúde aos munícipes. Isso envolve a constituição das hierarquias loco-regionais, sejam nas situações cotidianas de atenção em redes intermunicipais, sejam em fóruns de negociação técnico-política, como acontece nos Colegiados de Gestão Regional.

### **O ENCONTRO COMUNIDADE E POLÍTICA PÚBLICA**

Muitos contrastes e até mesmo contradições podem surgir de intervenções realizadas a partir de uma política pública local. No município observado, por exemplo, embora houvesse baixa capacidade financeira para o investimento em políticas públicas para reverter a precariedade de condições de vida da população, duas instalações de prestação de serviços em saúde eram mantidas, predominantemente, com recursos estaduais e federal.

10. Para maiores detalhes sobre a investigação realizada, vide Bizelli; Castanheira (2011).

Para ilustrar o contraste, é preciso resgatar situações criadas a partir da necessidade da presença do profissional médico para a existência da ESF. Contratar o médico é a prioridade, mesmo havendo dificuldade para garantir sua manutenção devido ao seu alto custo, o qual incide complementarmente no orçamento municipal. Fica sob as expensas do poder local complementar o salário do médico que sai da rota comercial de sua profissão isolando-se compulsoriamente em um pequeno município perdido em uma região de baixo atrativo econômico, comercial, social, cultural ou educativo.

A cidade está distante de centros urbanos que ofereçam um estilo de vida metropolitano, com a qual, em geral, os profissionais médicos estão acostumados. A falta é compensada pelo salário ofertado que não ameniza a situação de instabilidade desse profissional, gerando alta rotatividade no cargo.

É a precariedade do modo de vida das pessoas que orienta também o cuidado com a saúde. A argumentação do médico sobre o serviço de qualidade prestado se contrapõe ao adoecimento das pessoas causado por necessidades básicas como alimentação, abrigo e moradia com saneamento básico. Assim, o investimento em equipamentos de atenção à saúde trata dos efeitos causados por problemas socioeconômicos crônicos como a pobreza.

O fato da equipe de saúde ser arrematada dentro da própria comunidade acentua essa contradição: as visitas da equipe de agentes de saúde demonstram a vontade de transformação de atores pauperizados que se deslocam de suas casas para prestar serviço à vida saudável da comunidade.

Agravante é a situação da precariedade das condições materiais que suportam o seu trabalho. A baixa capacidade econômica do município afeta a equipe que, embora trabalhe de forma comprometida para dar cobertura a 100% do território de abrangência nas ações em saúde, tem dificultado o seu trabalho devido aos recursos materiais sucateados e escassos, às inadequadas instalações físicas e aos recursos humanos insuficientes.

O modo de existência peculiar dos municípios reflete positiva e negativamente na universalidade da saúde. A pessoalidade nas relações é estabelecida especialmente nos espaços utilizados para atendimentos em saúde -casas adaptada-, com a ressalva de que a proximidade e a familiaridade da população com a unidade não é dada unicamente pela disposição arquitetônica do equipamento, ela afirma-se e explicita-se nas estruturas físicas.

Assim, dentro do contexto local, o serviço de saúde incorpora-se na vida cotidiana da população -*seu corpus* de saberes e práticas-, no mesmo tempo

em que se estabelecem vínculos afetivos e compromissos da equipe com as pessoas da comunidade.

Quando se encontram, serviço de saúde e população produzem resultados interessantes: quebra de tabus nos exames ginecológicos, já que a meta de cobertura pela unidade de exames preventivos de doenças do colo do útero tem sido atingida em quase 100%; transformações no modo de agir profissional, como na visão do médico que se altera completamente depois de sua permanência no município. Contudo alguns hábitos e costumes locais afirmam-se e consolidam-se no embate com o diferente: como o descuido com as crianças; a pouca importância dada ao pré-natal e a preparação para o parto; o consumo de álcool e tabaco.

São produzidas também formas de trabalho pessoalizadas como na vigilância sanitária, inclusive com interferências políticas partidárias, aspecto que contribui negativamente para a aproximação da população com o serviço. Adversidades políticas e pessoais, em certos momentos, atuam como empecilho para a relação equipe e comunidade.

A informalidade das relações -familiaridade- provoca dificuldades de organização do serviço de forma pessoal. Apesar da desburocratização e da agilização de processos, abrem-se brechas para preferências, nepotismos e falta de equidade nas ações.

É necessário chamar a atenção para o fato de que a universalização da saúde, de maneira geral, compõe a estética da existência dos moradores do município pequeno e pauperizado, resultante do encontro entre o serviço que se desenvolve através da estratégia de saúde da família e a população. A ESF ampliou a penetração do serviço de atendimento à saúde para a população em geral provocando momentos de aproximação, porém não se pode dissociar esse fator do crescimento geral dos investimentos nas áreas sociais com políticas públicas voltadas para a saúde, desde a criação do SUS.

### **O TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE**

Pode-se considerar o princípio de integralidade como uma das características formadoras da ESF. A observância de condutas profissionais regidas pelo princípio da integralidade dentro do serviço deve ser analisada através do modo de agir das pessoas e da instituição, ou seja, o olhar do profissional da saúde sobre o usuário do serviço e a coletividade de onde ele vem, de modo a organizar as práticas cotidianas de trabalho sob dispositivos de controle e poder.

É possível perceber a presença do discurso sanitaria e preventivista nas falas dos profissionais e em algumas atividades por eles executadas -como palestras nas escolas, visitas domiciliares e eventos-, porém a preponderância da clínica sobre as demais atividades na prática da enfermeira, do médico e do dentista é evidente. A concepção de clínica tomada aqui é a caracterizada por Mendes-Gonçalves (1994) a partir da concepção de objeto:

“é a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem indivíduo-biológico, que leva à ruptura das conexões sociais desse homem, e mesmo à ruptura das conexões desse homem consigo mesmo [...] uma concepção da saúde que está inteiramente contida nos limites físicos, químicos e biológicos do corpo humano. (Mendes-Gonçalves, 1994:66)”.

Fica claro que apesar do esforço para congregar ações de caráter coletivo e individual no mesmo processo de trabalho da unidade, os modelos tecnológicos disponíveis têm bases constitutivas de natureza diferenciada dificultando o diálogo de integração. Avanços e retrocessos convivem na adoção do modelo tecnológico híbrido executado pelaESF, cuja lógica sanitária da territorialização e das ações programáticas convive com um processo de trabalho voltado para resolução de problemas de saúde individuais da população - vivenciado pelos profissionais da saúde e cristalizado na incapacidade para atingir metas de trabalho por excesso de demanda.

Essa situação compromete a integralidade do serviço. Segundo Mattos (2006), é na articulação entre demanda espontânea e demanda programada que se apreende as necessidades da população. Verifica-se também que, para além da existência das ações dirigidas a problemas específicos da população assistida, há o ranço presente em uma lógica centralizadora a respeito dos programas e metas a serem executados pela saúde da família, ou seja, técnicos do governo central definem estratégias de enfrentamento problemas de saúde pública e elaboram normas sobre as atividades que devem ser empreendidas.

A organização do trabalho sofre com a baixa integração entre os membros da equipe principalmente dada a pouca articulação dentro do campo comum de ação interdisciplinar, estratégia esta pouco utilizada no trabalho concreto dos profissionais. Segundo definição de Campos (2000),

“o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teorias e práticas. (Campos, 2000: 220)”.

A situação de cooperação entre agentes de diferentes áreas profissionais foi verificada por Peduzzi (1998) em estudo sobre equipes de distintos tipos de serviços, tendo como objetivo analisar a natureza coletiva do trabalho realizado. Em situações de urgência, por exemplo, percebeu-se que os profissionais agem de forma mais cooperativa, sintonizada e precisa sob o comando do médico, configurando-se um trabalho coletivo no qual, além da cooperação, transparece a cumplicidade e a solidariedade entre os agentes envolvidos (Peduzzi, 1998: 152).

A preponderância dos profissionais técnicos de nível superior sobre os demais norteia a divisão do trabalho cotidiano. Reproduzem-se, na dimensão técnica das ações, as relações ideológicas que se encontram dispersas dentro das comunidades sociais, como exemplo, evidencia-se, principalmente, o papel do médico sobre os demais profissionais (Peduzzi, 2001: 104).

A explicação racional para a apropriação do espaço de liderança pelo do médico está apoiada na escolaridade superior aos demais -explicação que se contradiz, já que a enfermeira possui o mesmo nível educacional do médico-, muito embora a assimetria se fundamente na condição, dada social e historicamente, do poder médico na sociedade moderna (Foucault, 2006, 1984).

Apesar de a experiência clínica ter agregado transformações pessoais na conduta do médico -no trato pessoal com seus pacientes -as mudanças não se traduziram em alterações nas relações de trabalho com outros profissionais do serviço. Na prática, reproduz-se a demarcação hierárquica superior socialmente sustentada do médico, bem como a não integração e o não compartilhamento de saberes com os demais membros da equipe.

Entre os técnicos de enfermagem, manifesta-se um sincretismo no uso da técnica profissional e dos costumes comunitários locais, provocando contradições que também são vivenciadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), embora esse último grupo perceba a contradição em menor intensidade dada a fragilidade da construção de seu núcleo de saber (Campos, 2000) no âmbito técnico específico.

A indefinição do núcleo de saberes e de práticas -comprometendo a identidade profissional e disciplinar do ACS- gera dificuldades como dependência de treinamentos e cursos de aperfeiçoamento no intuito de apontar maneiras adequadas de conduta; como indefinição de tarefas pelos responsáveis; como falta de padrão para avaliação<sup>11</sup>; descrédito da população.

11. A ACS melhor avaliada é aquela que ajuda o trabalho de responsabilidade dos outros técnicos.



Assim, as ações em saúde regidas pelo princípio da integralidade tornam-se o grande desafio para as equipes de profissionais que atuam no serviço estudado e um entrave para o desenvolvimento da atenção primária no município.

### **RELAÇÕES LOCO-REGIONAIS**

A questão colocada aqui é entender como a polis -cidadãos, gestores eleitos e corpo administrativo atuando no território- organiza-se para enfrentar questões coletivas, através de práticas que garantam a equidade. A política -arte ou ciência de governar, de organizar, dirigir e administrar equipes governativas- pode ajudar a entender a gestão do sistema de saúde municipal estudado em relação a outras instâncias executoras e decisórias.

Com o propósito de fornecer serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, para toda a população, o SUS foi organizado de forma hierarquizada e regionalizada. Em cada região, municípios com capacidade de oferecer serviços especializados e complexos constituem-se enquanto referência para os demais municípios próximos. Os municípios com menor capacidade utilizam desses serviços e, muitas vezes, também concentram serviços de menor densidade que, sob a mesma lógica, são disponibilizados a municípios menores ainda. Assim foi se construindo a rede formal do sistema de saúde, no país.

Para a gestão do sistema em cada região foi formado o Colegiado Gestor Regional -composto por gestores dos municípios da abrangência- e o Departamento Regional de Saúde do Estado. Entretanto, entraves no funcionamento do sistema regional foram identificados a partir do estudo realizado no município escolhido, o qual, na rede hierarquizada, está na base da pirâmide dos serviços: possui, como serviço próprio, apenas a atenção básica e utiliza todos os demais serviços -de urgência e emergência, laboratoriais, secundários e terciários, terapêuticos e outros- dos municípios de referência.

A primeira e principal dificuldade enfrentada, segundo os entrevistados, é a localização geográfica do município que impõe a seus cidadãos muitas horas gastas com o traslado para o serviço de referência. O caminho para o município mais próximo -referência em urgência e emergência, laboratório e nível secundário- é constituído por vias rodoviárias acidentadas e em péssimas condições de conservação. Para as demais referências, a distância maior agrava a situação.

Os serviços que o município mais necessita estão ligados ao funcionamento da atenção básica -diagnósticos e tratamentos, socorro de acidentes- e nem

sempre é possível chegar até eles em tempo hábil, elevando o número de partos fora do hospital, o agravamento de doenças, mortes e outros problemas.

Uma segunda dificuldade é o limitado número de vagas disponíveis tanto para consultas como para exames fora do município. A lista de espera é grande. A exceção é a ultrassonografia, já que existe maior estrutura para esse tipo de exame devido a sua obrigatoriedade e inserção no protocolo do programa de pré-natal do PSF. Assim mesmo, há falhas na eficiência dos procedimentos para o recebimento dos resultados<sup>12</sup>.

Uma terceira dificuldade recai na relação que se estabelece entre o demandante do pequeno município e os prestadores de serviço de referência. A sensação do usuário é a de ser atendido de forma pouco cortês, já que há uma tendência a caracterizá-lo como pessoa de fora que vem sobrecarregar o sistema. Essa avaliação é frequente quando se analisa reclamações no setor de agendamento, núcleo de estresse de usuários insatisfeitos.

Por um lado, a não responsabilização dos serviços de referência pelas demarcações ou orientações imprecisas ao usuário sobre condições para realização de procedimentos ocasiona viagens desnecessárias. Por outro lado, o não estabelecimento de formas padronizadas para marcações de retornos -alguns são realizados no próprio local com o usuário, outros são realizados pelo município- gera confusões e desencontros no setor de agendamento da secretaria municipal. Assim, o princípio da equidade nos atendimentos da população do município em questão está seriamente comprometido.

Importante destacar a participação do secretário municipal no Colegiado Gestor Regional. Apesar de formalmente todos terem igual posição no fórum, relações de poder são engendradas, permitindo vantagens aos participantes que desempenham poder ativo, inibindo outros de menor poder, como acontece com a figura do secretário. O fórum, portanto, não se constitui como espaço propício para enfrentamento dos problemas levantados relacionados à regionalização.

No nível local, a organização dos equipamentos de saúde foi realizada de maneira a atender com equidade todos os municípios, tanto os da zona urbana como os da zona rural. Como o grau de urbanização e a densidade demográfica são baixos, a população que reside no campo é relevante e

12. Houve morte de criança que nasceu antes de receber auxílio dos profissionais de saúde, os quais esperavam o resultado da ultrassonografia para saber o tempo de gestação e estimar a data prevista para o parto.

está dispersa pelo território. O município criou uma unidade com equipe de saúde da família na zona urbana e outra na zona rural atendendo a comunidade em três estruturas físicas -duas utilizadas com frequência, outra de maneira esporádica. A disposição estratégica das unidades facilita o acesso das pessoas, muito embora ainda existam bairros tão distantes que é necessário um transporte coletivo da prefeitura para trazer os usuários do serviço, uma vez por semana.

Segundo entrevista com gestor os gastos com transporte são significativos e utilizam 70% do orçamento da saúde. Parte disso, na organização diária dos veículos que circulam tanto internamente quanto para outros municípios. Transporte, portanto, transformou-se em objeto de barganha política incorporado nas ações usuais da saúde, sob a responsabilidade da secretaria municipal. No entanto, a utilização de conduções particulares dos profissionais de saúde para o trabalho ou pagamento de táxi são práticas comuns. A confusão entre a dimensão pública e a dimensão privada é bastante comum, assim se confundem, muitas vezes, os papéis que os atores exercem: coexistem funções exercidas pela mesma pessoa.

Muito embora o comprometimento pessoal não se traduza em partilha de decisões e ações comunicativas (Schraiber *et al.*, 1999), é preciso chamar a atenção para situações de interferências políticas dos atores em projetos assistenciais já iniciados, dado o desconhecimento do gestor e a falta de articulação deste com os trabalhadores da saúde.

Outro aspecto fundamental para entender a organização que funciona em torno da assistência em saúde é a rede informal que se constitui em situações de urgência e emergência dos moradores da zona rural. Formada a partir de uma falha da assistência à população -pois a unidade de saúde da família funciona até dezessete horas- e considerando que o município não dispõe de serviços de urgência e emergência, foi incorporada como *modus operandi* do sistema de saúde do município e incrementado com plantões de técnicos de enfermagem, motoristas e sobreaviso médico.

Finalmente, a participação social enquanto dispositivo para manter a equidade na saúde pode ser considerada um equívoco. O conselho municipal de saúde aparece concretamente como local de exercício político partidário. Outras instâncias de poder como a Câmara de Vereadores, lideranças de bairro e outros se mostraram omissos nas convocações para a Conferência Municipal de Saúde e o Plano Municipal de Saúde não foi construído de maneira participativa. Muito pelo contrário, dada a dificuldade técnica encontrada para sua elaboração, o mesmo foi copiado de outro município.

Além da baixa capacidade técnica da gestão da saúde no pequeno município, há um compromisso assumido pelo Pacto da Saúde<sup>13</sup>, resultado das políticas de municipalização e descentralização da saúde. Segundo o próprio secretário, o município não está preparado para tal responsabilidade, devido principalmente ao baixo volume do orçamento municipal e a crônica situação de pobreza.

Com o intuito de manter uma relação equânime entre os municípios, as regras e as diretrizes da gestão do SUS são iguais para todos, como já foi destacado, desde municípios de pequeno porte -como o estudado em torno de 4 mil habitante- até a cidade de São Paulo, com quase 12 milhões de habitantes.

Entretanto, a natureza dos problemas enfrentados pelos pequenos municípios paulistas pobres em regiões deprimidas é completamente distinta da situação de outros municípios de características distintas. Há que se ter políticas públicas diferenciadas para garantir a equidade em municípios como o estudado. Há que se ter também uma intervenção mais incisiva do Estado no apoio à resolução das questões colocadas à atenção em saúde no quadro exposto.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já foi dito, o objetivo do texto foi demonstrar os esforços realizados e os obstáculos encontrados pelas equipes municipais em atuar na área da saúde para a construção do atendimento das demandas cidadãs em um pequeno município em uma área pouco desenvolvida do estado de São Paulo. O exemplo tomado pode demonstrar a força que tem a articulação dos agentes políticos, dos administradores locais e da população para garantir avanços no modelo de democracia hoje discutida no Brasil.

Apesar da existência de um modelo ideal de qualidade proposto através da ESF, vê-se microrrelações no âmbito do serviço que dão origem a processos ativos e dinâmicos não capturáveis e não controláveis pelas regras mais gerais. É essa força das microrrelações que permitem a reinvenção criativa de práticas de saúde que atendem as anônimas famílias moradoras de lugares ermos. O diferencial é a qualidade humana dos atores que executam as ações de saúde local.

13. O Pacto pela Saúde lançado em 2006 é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios - e constitui-se enquanto um processo permanente de cooperação entre gestores dessas esferas para melhoria dos serviços prestados.

Reconhece-se, portanto, um germe transformador: a lógica que preside a ação de cuidado com a saúde -para além de sua importância como iniciativa e solução local no enfrentamento de dificuldades- provoca o avanço da democracia no âmbito local, reforçando a ideia de que as equipes do poder local podem dar resposta às demandas cidadãs em municípios de pequeno porte e alto índice de pobreza.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, M.T.S.B. *Avaliação da assistência ambulatorial à pessoas vivendo com HIV e aids no Sistema Único de Saúde: a situação do Maranhão*. Tese de doutoramento, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

Bizelli, J. L. *Inovação: limites e possibilidades para aprender na era do conhecimento*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013, v. 1, pp. 195.

Bizelli, S.S.K.; Castanheira, E.R.L. *A Saúde na Roça: Expressões da qualidade das práticas de atenção primária*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011, v.1, pp. 152.

Bodstein, R. Atenção básica na agenda da Saúde. *Cienc.Saúde Coletiva*. 7(3): 2002.

Bodstein, R. *et al.* Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Cienc. Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.725-731, 2006.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem da população*. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 6 out. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Brasília, 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>. Acesso em: 15 nov. 2013.

Campos, G.W. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cienc. Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

Capozzolo, A.A. *No olho do furacão: trabalho medico e o Programa de Saude da Familia*. 2003. Tese (Doutorado) -Faculdade de Ciencias Medicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

Castanheira E.R.L. *Avaliação da assistência ambulatorial à pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho*. Tese de doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

Cecilio, L.C.O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. Hucitec, São Paulo, 1994.

Elias, P.E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p. 633-641, 2006.

Foucault, M. *O nascimento da clínica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

Foucault, M. *Microfísica do poder*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

Ibañez, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p. 577-606, 2006.

Mattos, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006, p. 41-66.

Melchior, R. *Avaliação da organização da assistência ambulatorial à pessoas vivendo com hiv/aids no Brasil: análise de 322 serviços em 7 estados brasileiros (CE, MA, MS, PA, RJ, RS, SP)*. Tese de doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

Mendes-Gonçalves, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Editora Hucitec Abrasco, 1994.

Merhy, E.E. A rede básica de saúde como uma construção da Saúde Pública e seus dilemas. In: Merhy EE & Onocko (org) *Agir em Saúde um desafio para o público*. Hucitec, São Paulo, 1997.

Nemes, M.i.b.; Melchior, R.; Castanheira, E.R.L.; Basso, C.r.; Alves, M.t.s.b. *Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial à pessoas vivendo com aids no Brasil*. Relatório final da pesquisa, 2004. <http://www.aids.gov.br> (acessado em 10/03/04)

Nemes, M.i.b.; Melchior, R.; Donini, A.a.; Basso, C.r.; Castanheira, E.r.l.; Alves, M.t.s.b. *et al.* Quality of care assessment in STD/AIDS Health services in São Paulo, Brazil. *Proceedings of the: 14TH International Aids Conference*, 2002; Barcelona; Espanha.

Nemes, M.i.b. (org) *Avaliação da aderência ao tratamento por antiretrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à Aids no Estado de São Paulo*: Coordenação Nacional DST/Aids, *Série Avaliação N°1*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. <http://www.aids.gov.br> (acessado em 10/6/04)

Nemes, M.i.b. *Avaliação em Saúde: Questões para o Programa de DST/ AIDS no Brasil. Fundamentos de Avaliação*, N°1. Rio de Janeiro: Editora Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA); 2001. <http://www.abiaids.org.br> (acessado em 10/06/04).

Peduzzi, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998.

Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

Schraiber, L.B *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p.221-42, 1999.

Viana, A.L.d'Á. *et al.* Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.577-606, 2006.

