

**DESAFIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE
PEQUENO PORTE COM BAIXO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO**Livia Angeli Silva^aSônia Cristina Lima Chaves^bCezar Augusto Casotti^c**Resumo**

A universalização da atenção primária mediante a expansão da Estratégia Saúde da Família tem sido uma realidade para a maioria dos municípios brasileiros de pequeno porte. No entanto, as práticas implementadas nesses municípios ainda merecem ser investigadas. Neste estudo, objetivou-se avaliar o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família em dois municípios de pequeno porte. Foi realizado um estudo avaliativo, no qual foram entrevistados gestores da saúde e trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, além de realizada observação direta da rotina das unidades e análise documental. Os resultados evidenciaram um grau de implantação da Estratégia Saúde da Família incipiente nos dois municípios com 48% e 34% de implantação e um modelo de Atenção Primária à Saúde sem muitas singularidades, contrapondo-se com uma realidade socioeconômica precária. Identificou-se dificuldade na realização de ações de educação permanente e formação de equipes de trabalho devidamente capacitadas, mesmo onde foram observados vínculos estáveis e garantia de condições de trabalho. Concluiu-se que a Estratégia Saúde da Família, presente nos municípios há mais de dez anos com cobertura total, apresentou grau incipiente de implantação e caracteriza-se por um híbrido do modelo principiante e regionalizado. A estratégia e a própria Atenção Primária à Saúde ainda não se constituiu uma prioridade da gestão nesses cenários.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Programa Saúde da Família. Atenção à saúde. Avaliação em saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde.

^a Enfermeira. Professora Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

^b Cirurgiã Dentista. Professora Associada da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

^c Cirurgião Dentista. Professor Titular do Departamento de Saúde e Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Basílio Gama, s/n, Canela, Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40110-913.
E-mail: liviaangeli2001@yahoo.com.br

PRIMARY HEALTH CARE CHALLENGE AT SMALL CITIES WITH LOW SOCIOECONOMIC DEVELOPMENT

Abstract

The universalization of access to primary health care through the Family Health Strategy expansion has been a reality for most of the Brazilian small cities. However, the practices implemented in these cities still deserve investigation. This study aimed at evaluating the Family Health Strategy implementation degree in two small cities. An evaluative study was conducted and, for data collection, health managers and Family Health Strategy workers were interviewed, besides the direct observation of these units routine and document analysis. Results showed an incipient Family Health Strategy implementation degree in both cities, with a 48% and 34% of implementation, and a Primary Health Care model without many singularities, opposition to a precarious socioeconomic reality. It was identified difficulty to promote permanent education actions, as well as to properly train work teams, even where stable ties and work conditions guaranties were observed. In conclusion, the Family Health Strategy, existing in the municipalities for more than ten years with total coverage, presented incipient degree of implantation and it is characterized by a hybrid beginner and regionalized model. The strategy and Primary Health Care itself are not yet a management priority within these scenarios.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Program. Health Care. Health Evaluation. Health Services Needs and Demand.

DESAFÍO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN MUNICIPIOS DE PEQUEÑO PORTE CON BAJO DESARROLLO SOCIOECONÓMICO

Resumen

La universalización de la atención primaria mediante la expansión de la Estrategia de Salud de la Familia ha sido una realidad para la mayoría de los municipios brasileños de pequeño porte. Entretanto, las prácticas implementadas en esos municipios aún merecen ser investigadas. En ese estudio, se objetivó evaluar el grado de implantación de la Estrategia de Salud de la Familia en dos municipios de pequeño porte. Fue realizado un estudio evaluativo en el cual fueron entrevistados gestores de salud y trabajadores de la Estrategia de Salud de la Familia, además de la observación directa de la rutina de las unidades y el análisis documental. Los resultados evidenciaron un grado de implantación de la Estrategia de Salud de la Familia

incipiente en los dos municipios, con 48% y 34% de implantación y un modelo de Atención Primaria a la Salud sin muchas singularidades, oponiéndose a la realidad socioeconómica precaria. Fue identificada dificultad en la realización de acciones de educación permanente y formación de equipos de trabajo debidamente capacitados, mismo donde fueron observados vínculos estables y garantía de condiciones de trabajo. En conclusión, la Estrategia de Salud de la Familia, presente en los municipios por más de diez años con cobertura total, presentó grado incipiente de implantación y se caracteriza por un híbrido del modelo principiante y regionalizado. La estrategia y la propia Atención Primaria a la Salud aún no se constituye una prioridad de la gestión en esos escenarios.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Programa de Salud Familiar. Atención a la Salud. Evaluación en Salud. Necesidades y Demandas de Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

As concepções acerca da lógica de organização dos Sistemas de Saúde, voltados para modelos de atenção centrados no usuário-cidadão, ganharam força na Conferência de Alma Ata em 1978. Desde então, a Atenção Primária à Saúde (APS) fortaleceu-se nas discussões internacionais e foi reafirmada como caminho para alcançar o desafio proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1979, de “Saúde para todos no ano 2000”¹.

Desde então, a APS passou a ser o foco principal dos sistemas de saúde em diversos países, por representar o primeiro nível de contato do usuário com o serviço de saúde e garantir cuidados de caráter universal, com continuidade, economicamente suportável e socialmente legítimo, em todos os países²⁻³. Portanto, essa proposta não se constituiu em um modelo rígido, mas sim, de princípios norteadores para reorganizar os serviços de saúde, cujas funções e atividades teriam que estar atreladas às necessidades de saúde de cada população⁴.

Assim, a lógica da organização dos sistemas, com base na APS, oferece a base para a implantação de um modelo de atenção com práticas orientadas para a comunidade e com ênfase na família. Para isso, faz-se necessário o conhecimento dos aspectos culturais e a identificação das singularidades dos diferentes grupos populacionais⁵.

Há evidências sobre a relação entre situação socioeconômica e desigualdade no acesso às ações de saúde. Nesse sentido, a priorização das ações da APS é defendida como uma possibilidade de redução dos efeitos decorrentes da desigualdade social e iniquidades em saúde³⁻⁴.

No entanto, na implementação das práticas de saúde nem sempre prevaleceu uma concepção ampliada da APS, principalmente, nos países em desenvolvimento, onde prevaleceu a concepção de atenção primária seletiva, focadas em um conjunto de ações limitadas como a saúde materno infantil ou o controle de doenças e agravos mais prevalentes⁵.

No Brasil, o fortalecimento da APS foi defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram aprovadas as diretrizes que propuseram mudanças no sistema de saúde, e culminaram na Constituição Federal, em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

Desde a sua criação, o SUS tem como uma de suas prioridades a expansão e estruturação da APS, denominada nacionalmente de Atenção Básica, com a finalidade de fortalecer as ações de proteção e promoção à saúde, tentando aproximar-se de uma concepção de APS mais abrangente. Nesse contexto de reestruturação, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), o qual, três anos depois, foi reconhecido como estratégia para reorientar a atenção à saúde no Brasil e também mudou a denominação para Estratégia Saúde da Família (ESF)^{3,5}.

Desde 1998, a cobertura da ESF tem sido crescente, principalmente nos Municípios de Pequeno Porte (MPP)^{3,7}. Contudo, mesmo diante de inovações importantes, ainda se observa, em muitas localidades, seu caráter focalizador, reproduzindo modelos de atenção centrados no atendimento à demanda espontânea ou àquelas induzidas pela oferta^{3,8}. Assim, as mudanças alcançadas ainda refletem indicadores de saúde sensíveis à melhoria do acesso a serviços, mas que podem não refletir mudanças significativas em indicadores sociais ou de saúde⁹.

Há poucos estudos que exploram a implementação da ESF nesses pequenos municípios. Dentre os estudos existentes, a maioria não objetiva a identificação de particularidades do processo de trabalho que visam a colaborar com a orientação das políticas desses municípios, mas se restringem em apontar o ritmo de expansão da ESF¹⁰. Diante disto, esses municípios implementam as ações de saúde pautadas em diretrizes nacionais e estaduais.

De acordo com a tipologia proposta por alguns autores¹¹, a ESF pode ser configurada em três modelos de implantação. O primeiro seria o modelo regional, fortemente influenciado pela política estadual, principalmente para o desenvolvimento de ações preventivas, como fortalecimento dos espaços intersetoriais, com a participação popular. O segundo, o modelo singular, que por meio do amplo conhecimento da realidade local, desenvolve suas ações de forma mais autônoma em relação à gestão estadual, tendo a característica das parcerias com

outras instituições. E o terceiro seria o modelo principiante, que se caracteriza por ações isoladas das demais esferas de governo e também da sociedade.

Considerando que a proporção de MPP (população \leq 20.000 habitantes) no estado da Bahia representa 59,5% e que no Brasil corresponde a 70,5%¹², torna-se de grande interesse investigativo conhecer tais realidades locais.

Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo verificar o grau de implantação da ESF em dois municípios de pequeno porte do estado da Bahia, apontando aspectos do seu desenvolvimento socioeconômico.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa avaliativa que verificou o grau de implantação da ESF em municípios de pequeno porte, como reorientadora da APS. Foi feita uma análise descritiva dos aspectos sociodemográfico, econômico e político-institucional dos municípios/caso. A metodologia empregada pode ser caracterizada como multimétodos, utilizando instrumentos qualitativos e quantitativos, sendo em seguida realizada a triangulação de técnicas de pesquisa¹³.

Este estudo compõe uma pesquisa maior que visava a analisar a organização do processo de trabalho e assistência à saúde em MPP da microrregião de saúde de Jequié, situada na macrorregião Sul, de acordo com Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado da Bahia, vigente no momento da pesquisa¹⁴. Os dois municípios/casos escolhidos para o estudo foram adotados por serem, dentre os estudados, aqueles com 100% de cobertura da ESF há mais de dez anos.

A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2011, utilizando bancos de dados oficiais referente ao último período de informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), bem como a análise documental de planos municipais de saúde e relatórios de gestão, 50 entrevistas e 40 horas de observação das práticas dos trabalhadores de todas as Unidades de Saúde da Família (USF). Foram entrevistadas as secretárias municipais de saúde, coordenadoras da atenção básica, coordenadoras da vigilância à saúde, técnicos do sistema de informação e trabalhadores de nível superior e médio das equipes de Saúde da Família. Desses trabalhadores, foram entrevistados enfermeiros (5), médicos (4), dentistas (4), técnicos em enfermagem (12), auxiliar de saúde bucal (2) e agentes comunitários de saúde (16).

Os dados secundários foram analisados descritivamente e demonstrados em tabela. Os dados qualitativos, oriundos das entrevistas, foram transcritos na íntegra e

analisados o seu conteúdo, comparando-o a uma matriz de imagem-objetivo validada por outros pesquisadores¹⁵. Ela é composta por critérios distribuídos em duas dimensões, a saber: abordagem populacional comunitária; trabalho em equipe. Essa imagem-objetivo sugere que as práticas da atenção primária devem ser baseadas no enfoque comunitário com adequada territorialização, organização das ações de saúde baseada na análise da situação de saúde e enfoque de risco, além da ação intersetorial, com vínculo entre equipe e população para permitir a longitudinalidade. Ainda sugere a participação da comunidade nas ações desenvolvidas, bem como no interior da equipe, existência de espaços de decisão compartilhados e divisão de responsabilidades⁴.

O diário de campo, roteiros de observação e análises documentais dos planos e relatórios de gestão foram lidos na íntegra. Para avaliar o grau de implantação, contou-se com o trabalho de dois avaliadores, sendo um deles externo ao grupo envolvido com a coleta de dados. A implantação foi classificada de acordo com a pontuação máxima proposta e atingida pelo município: não implantado ($\leq 25\%$); incipiente ($>25\%$ a $\leq 50\%$); intermediária ($>50\%$ a $\leq 75\%$); avançada ($> 75\%$).

Este estudo atendeu aos aspectos éticos dispostos na Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o protocolo n. 080/2009 e foi obtida autorização de todas as instituições envolvidas, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os informantes.

RESULTADOS

Apresenta-se, aqui, os resultados encontrados na pesquisa.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Os municípios possuem situações sociodemográficas semelhantes. Apresentam baixo percentual de urbanização, baixos indicadores sociais, alto índice de pobreza, analfabetismo e, ainda, baixo acesso aos serviços de saneamento básico, abastecimento de água e coleta de lixo. **(Tabela 1)**

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de saúde de dois municípios de pequeno porte. Microrregião de saúde de Jequié, Bahia, Brasil – 2011

Indicadores	Município 1	Município 2
Aspectos sociodemográficos e econômicos		
Taxa de urbanização em %*	40,8	42
População*	8.131	4.183
População menor de 20 anos em %*	34,7	28,9
População de 20 a 60 anos em %*	52,7	55,7
População maior de 60 anos em %*	12,6	15,4
Índice de desenvolvimento humano (2000)**	0,586	0,607
Produto interno bruto <i>per capita</i> (2008)**	3.762,41	4.430,73
Número de famílias residentes no município (2010)*	2.346	1.296
Média de pessoa por domicílio**	2,47	3,23
% domicílios com pessoas vivendo com renda <i>per capita</i> < ½ salário mínimo**	56,2	54
Incidência da Pobreza (%)**	50,8	47,8
Famílias cadastrada em programas sociais (bolsa família e congêneres) 2010 (%)***	56,8	47,7
Índice de GINI**	0,39	0,35
% da população analfabeta*	37,7	35,2
% da população > 20 anos analfabeta*	44,7	41,8
Aspectos sanitários e de saúde		
% de domicílios sem abastecimento de água da rede geral*	28,4	29,3
% de domicílios sem ligação à rede pública de esgoto*	44,1	69,3
% de domicílios sem coleta pública de lixo*	28,5	29,5
Taxa de mortalidade infantil (2010)*	16,9	-
Gasto per capita em saúde (2010)***	321,56	531,09
% de Gastos com Atenção Primária	57,02	29,8

Fonte: Elaboração própria.

* Dados do SIAB/DATASUS

** Dados do IBGE

*** Dados da SMS

A distribuição etária, apesar de apresentar percentuais próximos entre as faixas nas duas localidades, difere quanto a maior concentração. No município 1, o maior percentual é de pessoas com menos de 20 anos e no município 2, são aqueles entre 20 e 39 anos. Nos dois municípios, a proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais é relativamente alta.

Além disso, mais de 50% das famílias sobrevivem com uma renda *per capita* inferior a meio salário mínimo. No município 2, são 47% das famílias beneficiadas por programas de transferência de renda (Programa Bolsa Família) e no município 1, este valor chega a 56%, uma vez que além do Programa Bolsa Família, foi instituído por iniciativa do governo local, o programa “bolsa cidadania”, que contempla famílias não beneficiadas pelo Bolsa Família.

Com relação à infraestrutura urbana ela é deficitária nos dois municípios, principalmente no município 2. Este apresenta uma situação de maior precarização no que se refere ao abastecimento de água, rede de esgoto e coleta de lixo (**Tabela 1**).

CARACTERÍSTICAS DA IMPLANTAÇÃO DA ESF

As equipes de saúde da família foram implantadas em ambos os municípios no ano 2000 e possuem 100% de cobertura potencial. O município 1 conta com três USF, sendo uma na zona rural e duas na zona urbana, cada uma com uma equipe de saúde da família e de saúde bucal. O município 2 dispõe de duas USF situadas na zona urbana, sendo que parte da população de uma delas é da zona rural e, para a qual, o município possui unidade satélite para onde a equipe desloca-se em alguns dias de atendimento. Nesse município, também, cada unidade possui uma equipe de saúde da família e saúde bucal. As equipes de saúde bucal do município 1 estavam incompletas, pois não possuíam técnicos ou auxiliares de saúde bucal.

Na avaliação do grau de implantação da ESF, os dois municípios foram classificados como incipientes, com 48,0% e 34,0% de implantação, respectivamente, tendo como base os critérios da imagem-objetivo utilizada (**Tabela 2**). O município 1 apresenta um melhor desempenho por ter alcançado pontuação mais alta na dimensão abordagem populacional comunitária, já que na dimensão trabalho em equipe ambos tiveram a mesma pontuação.

Tabela 2 – Avaliação do grau de implantação da ESF por meio da imagem objetivo proposta no componente da abordagem populacional e do trabalho em equipe em dois municípios de pequeno porte. Microrregião de saúde de Jequié, Bahia, Brasil – 2011

(continua)

Dimensão, Subdimensões e Critérios	Pontuação máxima	Município 1		Município 2	
		Pontuação	%	Pontuação	%
Abordagem populacional comunitária	76	34	44,7	20	26,3
Territorialização	20	14	70,0	8	40,0
Definição da população-alvo	4	4	100,0	4	100,0
Cadastramento das famílias	4	4	100,0	4	100,0

Tabela 2 – Avaliação do grau de implantação da ESF por meio da imagem objetivo proposta no componente da abordagem populacional e do trabalho em equipe em dois municípios de pequeno porte. Microrregião de saúde de Jequié, Bahia, Brasil – 2011

(conclusão)

Dimensão, Subdimensões e Critérios	Pontuação máxima	Município 1		Município 2	
		Pontuação	%	Pontuação	%
Realização de mapeamento da área	4	2	50,0	-	-
Lógica do mapeamento	8	4	50,0	-	-
Organização das ações de saúde	28	13	46,4	6	21,4
Atualização da análise da situação de saúde	4	2	50,0	-	-
Lógica da análise da situação de saúde	4	1	25,0	-	-
Enfoque por problemas	4	2	50,0	2	50,0
Utilização do enfoque de risco	4	2	50,0	-	-
Articulação individual com a coletiva	4	2	50,0	-	-
Estabelecimento de parcerias	8	4	50,0	4	50,0
Estabelecimento de vínculo	28	7	25,0	6	21,4
Conhecimento da população e território	4	3	75,0	2	50,0
Compreensão do contexto familiar	4	-	-	-	-
Compreensão do contexto comunitário	4	2	50,0	2	50,0
Princípio de responsabilidade	8	2	25,0	2	50,0
Participação da população no planejamento	8	-	-	-	-
Trabalho em equipe	24	14	58,3	14	58,3
Circulação da informação satisfatória	4	2	50,0	2	50,0
Existência de espaços de discussão	4	4	100,0	4	100,0
Existência de espaços de decisão	4	2	50,0	2	50,0
Repartição satisfatória de responsabilidades	4	2	50,0	2	50,0
Equilíbrio nas relações de poder	8	4	50,0	4	50,0
Pontuação Global	100	48	48,0	34	34,0

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Considerando a dimensão abordagem populacional comunitária, alguns critérios destacam-se nas subdimensões: territorialização, organização das ações de saúde e estabelecimento de vínculo.

Quanto à territorialização, os dois municípios mantêm atualizado o cadastramento das famílias, todavia o mapeamento de área não foi referido no município 2. No município 1, o cadastramento estava desatualizado, o que fez com que o município alcançasse apenas a pontuação parcial. A territorialização aparece apenas como sinônimo de distribuição de microáreas, não se caracterizando como parte do processo de trabalho da equipe. Não se evidenciou, nos discursos, o sentido dessa atividade para o modelo de atenção.

“Então, nós não fizemos um remapeamento ainda não, porque minha área tem crescido e nós estamos em déficit necessitando de dois ACS [...]” (Enfermeira 1 do município 1).

“[...] logo no começo do PSF, um trabalho de área, teve, houve uma atualização, mas tem muito tempo, tem mais de dois anos [...] Ter, tem, mas eu não sei aonde está, se me perguntar, eu não sei.” (Cirurgião dentista 2 do município 1).

“Pra te falar a verdade, eu nunca fiz [...]” (Enfermeira 1 do município 2).

No que diz respeito à organização das ações de saúde, a análise da situação de saúde não se configurou como prática sistemática das equipes. Os profissionais desconheciam este procedimento e tanto gestores quanto gerentes e equipes de saúde da família a interpretavam de forma equivocada, como no caso de um coordenador da Atenção Básica que confundia essa análise com o monitoramento de indicadores do pacto pela saúde.

“É mais verbal mesmo, como eu te falei, através dos agentes e da nossa percepção com eles, nos próprios atendimentos, no dia a dia aqui na unidade [...]” (Enfermeira 3 do município 1).

“Bem, olhe só, tem o do monitoramento por área técnica sobre o perfil demográfico, aí tem os programas, pela quantidade de hipertensos e diabéticos que foram cadastrados [...]” (Coordenador de atenção básica do município 1).

Ações conjuntas com outros setores, que se constitui como outro importante elemento da organização das ações de saúde na APS, ocorrem de forma esporádica e em situações e atividades específicas. Além disso, são realizadas exclusivamente com setores governamentais.

No município 1 há maior institucionalização, uma vez que as demais secretarias participam da construção do plano municipal de saúde. Nesse município, as atividades desenvolvidas em conjunto apresentam maior continuidade. Todavia, as ações propostas refletem ainda um caráter assistencialista e voluntarioso.

“Com o CRAS, Assistência Social, também que nos ajuda [...] há o grupo de idosos que é feito o convite para todas aquelas pessoas mais de idade, pra que participem lá, desse projeto lá do CRAS. É feito o convite pra unidade, nós falamos isso na sala de espera e essas pessoas são convidadas a participarem.” (Agente comunitário de saúde 6 do município 1).

“Com o CRAS e conselho tutelar também, às vezes eles indicam alguma coisa [...] é só através de informação, quando surge alguma coisa, família carente a gente está indicando pro CRAS, o CRAS dá um retorno para a gente para dizer que foi assistido, a mesma coisa com o conselho tutelar.” (Enfermeiro 3 do município 2).

Ao analisar os relatórios de gestão, verificou-se que, nos dois municípios, existem ações da Secretaria de Educação com as equipes de saúde bucal. No município 2, há relato da existência do Programa Saúde na Escola (PSE).

O vínculo das equipes com a população adstrita também se mostrou comprometido. Existe grande rotatividade dos profissionais de nível superior nas equipes, principalmente no município 2, o que interfere no estabelecimento desse vínculo.

“[...] isso prejudica porque quando começa a conhecer a população, a conhecer o paciente, ele vai embora e entra outro [...]” (Secretário municipal de saúde do município 2).

“[...] nós, agentes comunitários, que temos um conhecimento maior da microárea. Aqui tem uma rotatividade de profissionais de nível superior, por exemplo, médico, enfermeiro, então o agente comunitário fica mais por dentro da situação [...]” (Agente comunitário de saúde 1 do município 2).

“[...] foi realizada visita domiciliar a dois pacientes. Foram para a visita o médico, o [Agente Comunitário de Saúde] ACS e a “atendente de enfermagem”. O médico,

que era recém-chegado na equipe, chega na casa sem saber o nome dos pacientes nem sua história clínica.” (Diário de campo-unidade 1 do município 1).

Nos dois municípios analisados, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os trabalhadores que estão há mais tempo compondo as equipes, e, portanto, são os que mais conhecem as características da população e do território.

“[...] no planejamento diário, eu sempre comento com as minhas colegas, a gente acostuma tanto com a comunidade, com as famílias, que eu já conheço assim, de cor e salteado eu já sei assim, por nome, eu já sei tudo porque 18 anos naquela mesma rotina [...]” (Agente comunitário de saúde 8 do município 1).

“[...] porque são os agentes que estão mais em contato com o pessoal, que vão trazendo e, a gente consegue traçar alguma coisa da necessidade de saúde do pessoal a partir disso aí.” (Enfermeiro 5 do município 2).

Verificou-se que, no município 1, há uma maior fixação da equipe de enfermagem, e que esses profissionais dispõem de melhor conhecimento de sua comunidade.

“A questão aqui mesmo de saneamento básico, que é precário, a questão de verminose, isso a gente olha através do SIAB também, da questão de coleta de lixo, de habitação, os dados de hipertensão, de diabetes [...]” (Enfermeiro 3 do município 1).

Identificou-se fragilidade na participação popular nos dois municípios, pois não foram evidenciadas participações dos usuários na construção dos planejamentos e avaliações no nível central. Além disso, o papel do conselho municipal não foi destacado em nenhuma fala entre os gestores e trabalhadores.

Em nenhum dos municípios existe Conselhos Locais de Saúde e/ou outra forma de organização da comunidade local voltadas para o controle social. Desta forma, a organização dos serviços foi definida pelos profissionais seguindo o padrão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). No município 1, observou-se ainda iniciativas no sentido de ouvir os usuários por meio de caixas de sugestões dispostas nas unidades.

“Não, em relação a horários, a turnos, a gente faz a escala aqui, mas a gente não pergunta não.” (Enfermeiro 2 do município 1).

“Até aqui a gente não fez nenhuma reunião ainda, assim pra ter conselho de saúde local, pra ter assim, a atuação deles ainda não, depois que eu cheguei aqui não e, antes eu acho que também não acontecia.” (Enfermeiro 3 do município 1).

“Quem decide sobre o funcionamento da unidade somos nós, é quase que imposto à comunidade, porque na verdade a comunidade aqui não é organizada [...] não existe isso, aqui eles são muito desarticulados [...]” (Médico 2 do município 1).

“O funcionamento é passado, às vezes, de forma individual ou cartazes afixados na parede falando de horários de tirar ficha, horário de funcionamento e dito ao próprio paciente, que fala, ah é de tal hora a tal hora que tira a ficha. Mas assim, uma reunião mesmo pra dizer, pra passar pra população os horários, a não ser quando acontece um tumulto, alguma coisa que possa ocorrer isso aí, mas fora isso [...] Foi feito no início, como eu te disse, mas atualmente não mais [...]” (Técnico de enfermagem 7 do município 2).

A maior semelhança entre os municípios foi na avaliação da dimensão Trabalho em Equipe. Apesar de esse aspecto apresentar uma maior pontuação em relação aos demais, a prática também comprometia as ações da APS ampliada. As reuniões de equipe, que normalmente não contavam com a presença de médicos e dentistas, limitavam-se ao repasse de informações do nível central, definições de questões operacionais e problemas do cotidiano do serviço.

Verificou-se ainda que algumas ações desenvolvidas pela equipe eram normatizadas pela SMS. Fato este que evidencia a ausência de ações voltadas para as reais necessidades da população adstrita de modo a respeitar as particularidades da unidade.

Percebeu-se que todas as equipes possuíam a mesma lógica de organização dos serviços e contavam com a presença próxima da coordenação da Atenção Básica, sendo repassada para ela a responsabilidade da decisão.

Os documentos oficiais da gestão (plano municipal de saúde e relatório de gestão) e o discurso dos gestores das SMS evidenciaram que a ESF não foi priorizada como caminho para reorganização da Atenção Básica.

No município 1, reproduziu-se no discurso do gestor a priorização da ampliação de estrutura física, destacando-se a ampliação dos gastos com medicação. Percebeu-se, nos dois casos, uma tendência em reproduzir a proposta estabelecida pelo estado, sem considerar as especificidades locais.

O gestor do município 1 priorizava a atenção básica como forma de reduzir os custos de manutenção do sistema de saúde; e o do município 2 enfatizava que não havia uma área prioritária.

“Porque se você previne, você não adocece, o hospital não vai internar. Então para que a gente realmente tenta segurar, vamos dizer assim, a despesa em saúde, a gente tem que, realmente, investir mais na Atenção Básica.” (Secretário municipal de saúde do município 1).

“[...] eu administro assim. Eu não tenho área prioritária. Pra mim, na saúde tudo é importante [...] essa parte aí, gestante, da saúde da mulher, a gente dá prioridade [...] de prevenção [...]” (Secretário municipal de saúde do município 2).

Na aplicação de recursos, apesar do município 2 ter apresentado um maior gasto *per capita* em saúde, o percentual investido na Atenção Básica era aproximadamente a metade do município 1 (**Tabela 1**).

Os problemas com a insuficiência de recurso financeiro e dificuldade do acesso dos usuários aos serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) têm levado os gestores a focarem estes como os maiores problemas do sistema.

“[...] as nossas dificuldades com os nossos parceiros, aqueles municípios que a gente pactuou [...] eu estou precisando de uma consulta de emergência de cardiologia e eu mando pra lá, eu estou pagando e eu não tenho o profissional [...]” (Secretário municipal de saúde do município 1).

“[...] eu acho que o pior, o problema que nós todos pequenos estamos passando é o problema de regulação, pactuação, esse que é o maior problema do município [...]” (Secretário municipal de saúde do município 2).

Quando investigadas as ações de promoção da saúde, verifica-se que são abordadas como equivalentes apenas às ações de educação em saúde e se referem somente a grupos já definidos na política nacional de saúde.

“Então, a gente estava fazendo sala de espera, nessa parte de educação em saúde, algumas palestras também. A gente vem agendando e está no plano ainda, organizar alguns grupos específicos por idade, ou por situação, tipo grupo de gestantes, grupos de idosos, que já tem por sinal, com o pessoal do CRAS, mas a gente está pensando em desenvolver.” (Enfermeiro 2 do município 2).

DISCUSSÃO

Os municípios pesquisados aparentemente revelavam uma intenção de universalização da ESF. Contudo, as evidências apontaram que há problemas na sua implementação, especialmente de modelos de atenção alternativos que tenham como foco o usuário-cidadão e a realidade sócio sanitária relacionada aos determinantes sociais da saúde.

Com uma taxa de urbanização baixa comparada à da Bahia (72,1%), do Brasil (84,36%) e proporção de idosos superior àquela encontrada no estado (9,51%) e no país (10,33%), tais municípios já se constituíam um cenário que apresentava peculiaridades para implementação da política de saúde. Isso quando associado às condições socioeconômicas dos moradores dos municípios, representadas pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), incidência de pobreza, taxa de analfabetismo, principalmente em indivíduos com 20 anos ou mais, caracterizava-se uma situação de iniquidade em saúde.

O IDH dos municípios é baixo e, quando analisado o Índice de Gini, verifica-se que há uma concentração de renda mediana e abaixo do índice estadual (0,6278). Isso mostra que não são apenas municípios com percentual grande de pessoas em extrema pobreza pela má distribuição de renda, mas que se constituem em municípios relativamente pobres. Nesse caso, além de programas de transferência de renda, é necessário maior investimento em saúde, educação e desenvolvimento econômico, como demonstrado em estudo realizado acerca do impacto dos gastos sociais sobre os indicadores de desigualdade e pobreza nos estados brasileiros¹⁶. Para superar essa situação, são necessárias ações não só dos municípios, mas de outras esferas de governo.

Mesmo diante de baixos indicadores sociais, tais municípios apresentavam alta cobertura da ESF há mais de uma década. Quanto à característica da expansão de cobertura, tal cenário corrobora os resultados obtidos no estudo nacional sobre expansão da ESF conduzido pelo Ministério da Saúde⁷. Este revela que o crescimento da ESF na região nordeste e em localidades com situação socioeconômica precária ocorreu de forma mais acelerada, ainda que com atraso, mas acompanhada de alta cobertura potencial.

Considerando, no entanto, as características dessa expansão, a lógica da implantação da ESF parece ter sido de universalização da atenção à saúde, já que logo de início estendeu-se a ESF para todos os municípios. Mas é preciso considerar uma observação¹¹ de que propostas focalizadoras podem estar sendo mascaradas em localidades com grandes proporções de estratos de excluídos, o que, nesse caso, pode ter aplicabilidade, pois, considerando os indicadores sociais nesses municípios, a maior parte da população residente, provavelmente, não dispõe de outra forma de acesso aos serviços de saúde que não seja o SUS.

Tendo como referência os modelos de implantação adotados nesse trabalho¹¹, o que acontece nos dois casos estudados seria um híbrido entre a regionalização (caracterizada pela influência da política estadual) e o principiante (caracterizado pela baixa participação popular). Conforme observado nos municípios avaliados, a gestão e as equipes locais seguem o padrão proposto pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) no que diz respeito às ações desenvolvidas, forma de organização e monitoramento, dentre outros aspectos. Pode-se considerar também que está muito próximo dos modelos de atenção hegemônicos como o médico-assistencial privatista, com algumas ações típicas do modelo sanitarista⁸.

Esta padronização das práticas contrasta com características peculiares desses municípios que teoricamente necessitariam de modelos singulares¹¹ da ESF. Afinal, além do pequeno porte, os municípios possuem uma proporção acima da média nacional de pessoas idosas, elevado índice de analfabetismo, precariedade no acesso à rede de esgoto e coleta de lixo, alto percentual de famílias beneficiadas por programas de transferência de renda, baixa taxa de urbanização com grandes áreas rurais, dentre outros problemas socioeconômicos. Esse cenário requer uma ESF mais articulada com outras áreas sociais, a exemplo de ações intersetoriais no enfrentamento de vulnerabilidades dos beneficiários dos programas de transferência de renda¹⁷.

Os investimentos no setor saúde não evidenciam propostas que venham fortalecer a ESF em suas especificidades. Mesmo no município 1, que o gestor afirma priorizar a Atenção Básica, o recurso disponibilizado para esse nível de atenção ainda é reduzido. Tais investimentos refletem a lógica hegemônica no Brasil, que, por mais que tenha aumentado os investimentos em ações de saúde, ainda apresenta a alocação de recursos na Atenção Básica como um obstáculo para o SUS¹⁸. Isso é preocupante quando analisado à luz de estudos, os quais mostram que o aumento nos investimentos em saúde tem um grande potencial na redução da pobreza extrema, todavia necessita de articulação entre as políticas públicas para plena concretização¹⁶.

Ao considerar os municípios aqui estudados, por vezes esta alocação de recursos é feita de modo a priorizar a resolução dos problemas de saúde que requerem maior urgência. Analisando em uma outra perspectiva, esta situação pode refletir a baixa efetividade do sistema local e fragilidades na rede de atenção que não garante o acesso aos serviços especializados. Ao mesmo tempo em que pode também estar relacionada à baixa capacidade do município em formular políticas que melhorem as condições de vida e desenvolvimento de tecnologias que fortaleçam a prática clínica na ESF e integrem cuidado clínico às ações de promoção e prevenção¹⁹.

Nesse contexto, persiste, entre os gestores, o discurso da insuficiência de recursos, que é apontada como um dos problemas para a efetivação da ESF²⁰. Este é ainda mais comprometido pela incoerência no que tange à priorização da Atenção Básica, entre o discurso e o investimento. Problema com financiamento, falta de articulação entre os níveis de atenção e precariedade nas condições de vida constituem-se obstáculos ao desenvolvimento da ESF²¹ e, como observado nos dois municípios estudados, esses três aspectos fizeram-se presentes.

A análise realizada nos municípios permitiu identificar ausência de uma proposta clara da administração municipal e a falta de iniciativas específicas desses municípios em relação à ESF. Esses fatos levam a conclusão de que é prioridade da gestão garantir o acesso aos serviços da atenção básica, mas não necessariamente na ESF. Por vezes parece que a implantação da ESF ocorreu por ser o modelo estabelecido e financiado pelo Estado e União.

Com relação à dificuldade de fixação de profissionais, apontada como problema, identificam-se situações peculiares a municípios de pequeno porte. Nesses, há dificuldade de recursos, o que inviabiliza prover bons salários e planos de carreira para os profissionais. A própria estrutura da cidade, por não oferecer outros benefícios, até mesmo de crescimento e capacitação profissional, dificulta a fixação profissional, fatores estes já sinalizados como importantes para a satisfação, envolvimento e motivação para o trabalho na ESF²². Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de pensar alternativas de enfrentamento desse problema.

A educação permanente foi identificada como sendo outro obstáculo importante a ser considerado nos cenários estudados. Foi evidente a falta de conhecimento sobre elementos básicos do processo de trabalho na ESF. Esse limite foi sinalizado anteriormente em estudos realizados em outros municípios²³, tendo sido consideradas inexistentes as ações de educação permanente em municípios com menos de 10.000 habitantes²⁴.

Verificou-se que em nenhum momento os gestores e coordenadores dos municípios relatam deficiências da equipe com relação às concepções e práticas voltadas ao território, como limites para a efetivação da ESF nos seus municípios. Esse fato demonstra uma

baixa capacitação dos gestores e equipe técnica, o que limita ainda mais o diagnóstico da necessidade da educação permanente. Podendo, ainda, interferir no perfil de profissionais selecionados para o trabalho na ESF, mesmo nas categorias em que a oferta de profissionais é maior.

A participação dos trabalhadores do setor saúde comprovada como fator responsável pelo fortalecimento e desenvolvimento da ESF²¹ foi frágil nos dois municípios. A ausência de participação dos sujeitos nos diversos segmentos do processo de planejamento impossibilita a mudança do foco do modelo de atenção, fragilizando a identificação das necessidades de saúde da população, por meio do conhecimento da clientela, seu território e modo de vida.

Evidenciou-se que as práticas de promoção à saúde, identificadas nos municípios-caso, não consideram os determinantes sociais da saúde e ocorrem sem planejamento ou avaliação. Tais práticas enfrentam problemas que vão de questões conceituais e se estendem pela fragilidade das articulações intersetoriais e, até mesmo, pela baixa participação e controle social. Essas mesmas características são encontradas em outras realidades, nas quais a fluidez de concepção sobre os determinantes, associado ao baixo grau de institucionalização das práticas de promoção e à lógica organizacional, contribui para o não desenvolvimento regular de ações que enfrentem os determinantes sociais da saúde²⁵.

Não existem, por parte desses municípios, propostas consolidadas de implementação de ações intersetoriais que visem a captar recursos externos. Fato este preocupante, visto que estudos apontam que há maior efetividade e abrangência das iniciativas intersetoriais quando definidas como política de governo municipal e construção de interfaces e cooperação entre setores da sociedade²⁶.

Com a ausência de ações sistematizadas de promoção à saúde, persistem obstáculos externos a ESF, basicamente relacionados a problemas sociais²⁷. Para enfrentá-los, faz-se necessário implantar políticas públicas intersetoriais, no campo social e do trabalho. Nos municípios de pequeno porte pesquisados, entre os problemas relatados estão: baixa renda, baixo grau de escolaridade e, ainda, a grande extensão territorial da zona rural. Campo propício para ações intersetoriais articulando projetos de agricultura familiar, educação para o campo, melhoria de infraestrutura rural que viessem a atender melhor às necessidades desta população. Tais necessidades foram também apontadas por outro estudo desenvolvido nessa região²⁸.

Ao contrário de outros cenários já estudados²⁹, a ESF nos municípios aqui analisados, não vem contribuindo para superação da desigualdade na saúde, pois enfrenta desafios de ordem social, político, econômico, institucional e cultural, materializados nas

deficiências de coordenação, gestão, financiamento e, sobretudo, na predominância das práticas médico-assistencial. Isto é, as práticas acabam por refletir a permanência dos desafios na esfera político-institucional, principalmente de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde de forma intersetorial.

Uma importante limitação identificada nos municípios estudados foi a baixa capacidade de estabelecer parcerias para o desenvolvimento de ações intersetoriais. Nos dois cenários, os movimentos sociais não se encontram bem articulados, o que reduz a capacidade de formulação de propostas de promoção à saúde. O baixo grau de organização da sociedade civil pode ser relacionado ao elevado número de idosos, associado ao baixo nível de escolaridade dos residentes. A carência de entidade civil organizada reduz a possibilidade de estabelecer parcerias e ações fora da esfera governamental, como também aumenta a concentração de poder do gestor.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a ESF, presente nos municípios há mais de dez anos com cobertura total, apresentou grau incipiente de implantação e caracteriza-se por um híbrido do modelo principiante e regionalizado. A estratégia e a própria APS ainda não se constitui uma prioridade da gestão nesses cenários.

Dentre outros fatores, a capacidade de governo é prejudicada pela baixa qualificação técnica. A dificuldade de atrair, fixar e capacitar profissionais contribuiu para essa realidade. Diante disso, a Atenção Primária reproduz o modelo organizacional e de práticas proposto para o estado da Bahia, com poucas singularidades, mesmo esses municípios apresentando características socioeconômicas divergentes dos padrões estaduais.

A territorialização, importante atributo impulsionador de mudanças no nível local com base no aprofundamento do conhecimento do território e na análise da situação de saúde, essencial para a identificação de necessidades e avaliação de resultados, não faz parte do cotidiano das equipes de saúde da família e enfrenta problemas de ordem conceitual por parte de gestores e trabalhadores.

Destacou-se a inexistência de participação da população no planejamento local, refletindo o mesmo quadro na elaboração das políticas municipais para a saúde. Nos dois cenários, nem profissionais nem usuários constituem-se protagonistas na implementação da ESF.

Dado o caráter exploratório dos dados referentes às condições sociodemográficas, um dos limites desse estudo é o não aprofundamento de questões, como financiamento, políticas de promoção à saúde e intersetorialidade. Dadas as muitas particularidades dos

municípios de pequeno porte, estes são pontos que merecem ser melhor aprofundados por meio de investigações específicas.

Diante da potencialidade apresentada neste estudo no campo da intersectorialidade, no âmbito dos municípios de pequeno porte, é pertinente que os estudos contribuam para o fortalecimento da capacidade formuladora local e a ESF afaste-se do caráter prescritivo para consolidar-se como estratégia para mudança no âmbito local, principalmente voltada para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), pelo financiamento do estudo e concessão de bolsa de mestrado.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Livia Angeli Silva e Cezar Augusto Casotti.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Livia Angeli Silva, Cezar Augusto Casotti e Sônia Cristina Lima Chaves
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Livia Angeli Silva, Cezar Augusto Casotti e Sônia Cristina Lima Chaves
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Livia Angeli Silva.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.
2. Organização Mundial da Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde [Internet]. República do Cazaquistão; 1978 [citado 2010 set 26]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-ata.pdf>
3. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 353-71.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.

5. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-545.
6. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-71.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2004. Brasília; 2006.
8. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 459-91.
9. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006. p. 19-58.
10. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(1):221-32.
11. Viana ALD, Dal Poz MR. a reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis Rev Saúde Coletiva. 2005;15(Sup): 225-64.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo de 2010 [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2011 out 27]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/indicadores_sociais_municipais/default.shtm
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização 2007. Salvador; 2007 [citado 2015 out 2]. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/PDR_POP-2007_atualizado_em_16-04-2008.pdf
15. Medina MG, Hartz ZMA. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. Cad Saúde Pública. 2009;25(5):1153-67.
16. Araujo JM, Alves JA, Besarria CO. O impacto dos gastos sociais sobre os indicadores de desigualdade e pobreza nos estados brasileiros no período de 2004 a 2009. Rev Econ Contemp. 2013;17(2):249-75.

17. Testa MG, Fronza P, Petrini M, Prates JC. Análise da contribuição do Programa Bolsa Família para o enfrentamento da pobreza e a autonomia dos sujeitos beneficiários. *Rev Adm Pública*. 2013;47(6):1519-41.
18. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Sup 1):69-78.
19. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Ensgtrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde debate*. 2014;38(esp):52-68.
20. Kantorski LP, Jardim VMR, Coimbra VCC, Oliveira MM, Heck RM. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(3):434-41.
21. Copque HLF, Trad LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005;14(4):223-33.
22. Rosenstock KIV, Santos SR, Guerra CS. Motivação e envolvimento com o trabalho na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Rev baiana de saúde públ*. 2011;35(3):591-603.
23. Camargo Júnior KR, Campos SEM, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB, et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(4):58-68.
24. Figueiredo PP, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Physis*. 2010;20(1):235-59.
25. Dowbor TP, Westphal MF. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):781-90.
26. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):783-94.
27. Viana ALD, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):577-606.

28. Pereira JR, Juliano Y, Armond JE, Novo NF. Caracterização de comunidade rural do Sul da Bahia: a importância do Programa Saúde da Família na identificação e conhecimento de agravos de saúde. Rev baiana saúde pública. 2010;34(1):134-45.
29. Sousa MF, Merchán-Hamann E. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? Physis Rev Saúde Coletiva. 2009;19(3):711-29.

Recebido: 29.10.2013. Aprovado: 18.2.2016. Publicado: 19.9.2017.