

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TATIANA OLIVEIRA SILVA BITTENCOURT

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS: contribuições da Nova
Economia Institucional**

ALFENAS/MG
2014

TATIANA OLIVEIRA SILVA BITTENCOURT

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS: contribuições da Nova
Economia Institucional**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG. Área de concentração: Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Maria Regina Martinez.

Coorientador: Prof^o Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior.

ALFENAS/MG

2014

Bittencourt, Tatiana Oliveira Silva.

Avaliação da implantação do plano diretor de atenção primária à saúde sob a ótica de enfermeiros: contribuições da nova economia institucional / Tatiana Oliveira Silva Bittencourt. - 2014.

161 f. -

Orientadora: Maria Regina Martinez.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2014.

Bibliografia.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Política de Saúde. I. Martinez, Maria Regina. II. Título.

CDD: 610.73306



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Alfenas/MG - CEP 37130-000



TATIANA OLIVEIRA SILVA BITTENCOURT

**“AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS: CONTRIBUIÇÕES DA
NOVA ECONOMIA INSTITUCIONAL”**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação apresentada como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pela Universidade Federal de
Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 12/02/2014

Prof. Dr. Maria Regina Martinez

Assinatura: Maria Regina Martinez

Instituição: Universidade Federal de Alfenas-MG

- UNIFAL-MG

Prof. Dr. Paulo Carlos Du Pin Calmon

Assinatura: Paulo Calmon

Instituição: Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr. Clícia Valim Côrtes Gradim

Assinatura: Clícia Gradim

Instituição: Universidade Federal de Alfenas-MG

- UNIFAL-MG

Dedico este trabalho aos meus pais, Crimério e Lília, pelo amor incondicional, pelo apoio e pela confiança que sempre depositaram em mim; ao meu esposo Rodrigo, que sempre me apoiou e me incentivou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o criador do universo, que por intermédio de seu filho Jesus Cristo, me abençoou nesta caminhada e me concedeu forças nos momentos mais difíceis e de solidão.

Aos meus pais, Crimério e Lília, pelo amor, carinho, apoio, confiança, sem os quais este momento não se concretizaria. Aos meus irmãos, Talles e Tiago, que sempre me apoiaram e torceram por mim. À minha vó Renata, pelo apoio e amizade. À minha tia Maria de Fátima, pelo apoio, confiança e por ter cedido sua residência para que eu pudesse me hospedar em Alfenas/MG.

Ao meu esposo Rodrigo, companheiro e amigo, pelo amor, confiança, apoio, em especial pela compreensão das minhas ausências ao nosso lar. Amo você!

À Prof^a M^a. Débora Vitória Alexandrina Lisboa Villela, pela amizade e suporte no desenvolvimento da análise temática deste estudo.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a. Maria Regina Martinez, pelo apoio, pela confiança, paciência e valiosas contribuições na elaboração e consolidação deste trabalho.

Ao meu orientador, Prof^o Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior, pela amizade, pelo apoio, pela confiança, pelas longas discussões após a sua aula e principalmente por ter me apresentado outra dimensão do saber científico e ter confiado na minha capacidade de unir conhecimentos advindos de dois campos da ciência.

À Profª Drª. Clícia Valim Côrtes Gradim, ao Profº Dr. Fábio de Souza Terra, à Profª Drª Ana Carolina Maia, pelas sugestões, comentários e contribuições para o aprimoramento deste trabalho no Exame de Qualificação.

A todos os professores e funcionários do programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG, pela contribuição com o meu crescimento profissional e concretização deste projeto de vida.

Às enfermeiras do município de Itajubá-MG, amigas, sujeitos desta pesquisa, sem as quais este trabalho não teria se concretizado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Itajubá/MG pela autorização da realização deste estudo e confiança em nosso trabalho.

A todas as colegas e amigas de mestrado, pela convivência, pelo apoio e amizade, por termos participadas juntas de uma importante etapa profissional nas nossas vidas. Jamais me esquecerei de vocês !!! Bárbara, Karolina, Monique, Roberta, Melissa, Marília, Mônica, Natália, Flávia, Sara.

A todos os meus amigos e familiares que participaram direta e indiretamente desta minha conquista!

RESUMO

BITTENCOURT, Tatiana Oliveira Silva. **Avaliação da implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde sob a ótica de enfermeiros: contribuições da Nova Economia Institucional**. Alfenas, 2014. 161p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas/MG.

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, realizado com os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Itajubá/MG, que teve por objetivo geral verificar a concepção que estes profissionais possuem acerca do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) e como objetivos específicos identificar as dificuldades e facilidades encontradas por estes enfermeiros na implantação do PDAPS, bem como identificar os custos de transação que se fizeram presentes neste processo. A pesquisa foi realizada com onze (11) enfermeiros da APS que participaram da implantação do PDAPS no referido município e que atuam nas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional e UBS reorganizada pela ESF, todas localizadas na zona urbana. A amostragem foi intencional e o tamanho da amostra determinado pelo critério de saturação dos dados. Os participantes passaram por entrevista estruturada contendo questões referentes às características pessoais, profissionais e de implantação do PDAPS e por uma entrevista semi-estruturada contendo duas perguntas referentes à concepção do enfermeiro acerca do PDAPS e das facilidades e dificuldades que se fizeram presentes na implantação do mesmo. Os dados foram discutidos a partir da análise de conteúdo na vertente temática. Do processo de análise e do referencial teórico utilizado neste estudo emergiram três (3) dimensões: *concepção dos enfermeiros acerca do PDAPS*, *facilidades na implantação do PDAPS segundo os enfermeiros* e *dificuldades na implantação do PDAPS segundo os enfermeiros*. Destas dimensões surgiram sete (7) categorias e dezessete (17) sub-categorias. Em relação às concepções dos enfermeiros acerca do PDAPS, observou-se que para todos os entrevistados, este plano está diretamente relacionado com a reorganização e a padronização dos serviços de saúde na APS. As dificuldades na implantação superaram as facilidades, sendo que para cinco (5) entrevistados não houve nenhuma facilidade neste processo de implementação. No que tange as facilidades, identificou-se quatro (4) facilidades e a que mais se destacou foi em relação ao comprometimento e a qualidade no repasse das oficinas pelos facilitadores. Já no campo das dificuldades foram identificadas nove (9) dificuldades que permearam este processo, sendo a falta de comprometimento profissional, o monitoramento da burocracia, quadro de recursos humanos desqualificados e insuficiência de pessoal os maiores dificultadores na efetivação deste plano. A partir do referencial teórico da Nova Economia Institucional foram levantados custos na execução e implementação do PDAPS, que foram os custos de transação de agência, informacional e político, sendo que o custo de agência obteve uma predominância de 100% em todos os discursos. Estes dados indicam a necessidade de uma melhoria da gestão dos serviços de saúde da rede básica no município de Itajubá/MG, bem como o desenvolvimento de um sistema de incentivo que estimule a motivação profissional e resgate a credibilidade dos profissionais da atenção básica na saúde do referido município. Apesar das dificuldades encontradas, os enfermeiros compreenderam a proposta do PDAPS e demonstraram interesse na sua implementação a partir da consciência de que a saúde primária neste município necessita de uma reorganização sistêmica para que assim possam ofertar um serviço de qualidade à população.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Política de Saúde. Custo de transação.

ABSTRACT

BITTENCOURT, Tatiana Oliveira Silva. **Evaluation of the implementation of the Master Plan for Primary Health Care from the perspective of nurses: contributions of the New Institutional Economics**. Alfenas, 2014. 161 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas/MG.

This research is characterized as a qualitative study, descriptive, exploratory, conducted with the nurses of the Primary Health Care (PHC) in the municipality of Itajubá/MG, which aimed to verify the general conception that these professionals possess about the Master Plan of Primary Health Care (PDAPS) and specific objectives and identify the difficulties encountered by these facilities in the deployment of nurses PDAPS as well as identify the transaction costs that were present this process. The survey was conducted with eleven (11) of the nurses who participated in the APS deployment PDAPS in said county and working in units of the Family Health Strategy (FHS), Basic Health Unit (BHU) traditional and UBS reorganized by ESF, all located in the urban area. The sample was intentional and the sample size determined by data saturation criterion. Participants underwent a structured interview containing questions relating to personal and professional characteristics and deployment PDAPS and a semi-structured interview satisfaction two questions relating to the design of the nurse about PDAPS and facilities and difficulties that were present in the same deployment. The data were discussed from the thematic content analysis in the present. Process analysis and the theoretical framework used in this study revealed three (3) dimensions: design of nurses regarding PDAPS, facilities in using the second PDAPS nurses and difficulties in implementing the second PDAPS nurses. These dimensions emerged seven (7) categories and seventeen (17) sub - categories. In relation to nurses' conceptions about PDAPS, it was observed that for all respondents, this plan is directly related to the reorganization and standardization of health services in PHC. Overcome the difficulties in implementing the facilities, and for five (5) respondents there was no facility in this implementation process. Regarding facilities, we identified four (4) facilities and what stood out was in relation to commitment and quality in the transfer of workshops by facilitators. In the field of the difficulties identified nine (9) difficulties that permeated this process, and the lack of professional commitment, the monitoring of the bureaucracy, the human resources and insufficient staffing disqualified the biggest hindering the realization of this plan. From the theoretical framework of New Institutional Economics were raised costs in the execution and implementation of PDAPS which were transaction costs of agency, informational and political, and the cost of agency obtained a prevalence of 100 % in every speech. These data indicate the need for improving the management of health services in the core network in the city of Itajubá/MG, as well as the development of an incentive system that encourages professional motivation and rescue the credibility of the primary care in health that municipality. Despite the difficulties encountered, the nurses understood the proposal PDAPS and showed interest in their implementation from the awareness that primary health care in this city needs a systemic reorganization so that they can offer a quality service to the population.

Keywords: Primary Health. Care Policy Health. Cost transaction.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Redes de atenção à saúde em Minas Gerais	31
Figura 2 - Localização da cidade de Itajubá/MG	58
Tabela 1 - Tipo de contratação dos sujeitos de pesquisa. Itajubá-MG, 2013	69
Tabela 2 - Avaliação dos profissionais das unidades de atenção primária em relação à importância conferida pelos profissionais de saúde ao PDAPS. Itajubá-MG, 2013	72
Tabela 3 - Avaliação dos profissionais das Estratégias Saúde da Família em relação à importância conferida pelos profissionais de saúde ao PDAPS. Itajubá-MG, 2013.....	75
Tabela 4 - Avaliação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde tradicionais em relação à importância conferida pelos profissionais de saúde ao PDAPS.Itajubá-MG,2013.	77
Tabela 5 - Avaliação dos participantes em relação à implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde nas suas unidades de trabalho.....	78
Tabela 6 - Implantação dos instrumentos de normalização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e de gestão da clínica nas unidades de saúde.....	79
Quadro 1 - Diferenças entre a APS tradicional e modelo Saúde da Família.....	26
Quadro 2 - Custos de transação e governança no setor público	54
Quadro 3 - Avaliação dos indicadores do Projeto Estruturador Saúde em Casa no município de Itajubá/MG no período de 2009 a 2011	85
Quadro 4 - Construção das dimensões, categorias e sub-categorias.Itajubá-MG,2013.....	87
Quadro 5 - Análise temática das dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implantação do PDAPS.Itajubá-MG,2013.	104
Quadro 6 - Presença dos custos de transação na implantação do PDAPS por unidade de saúde. Itajubá-MG,2013	105
Quadro 7 - Análise dos custos de transação e seus fatores determinantes evidenciados na implantação do PDAPS por unidade de saúde.Itajubá-MG,2013.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CG - Choque de Gestão

CMV - Centro Mais Vida

CHDM - Centro Hiperdia Minas

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

ECT – Economia do Custo de Transação

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESP/MG - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

NEI - Nova Economia Institucional

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDAPS - Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

s/d - Sem data

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SES/MG - Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCT – Teoria do Custo de Transação

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNIFAL/MG - Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	INTERESSE PELO TEMA.....	12
1.2	JUSTIFICATIVA.....	14
2	OBJETIVOS DO ESTUDO	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3	REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	18
3.1.1	Unidades de saúde no contexto da atenção primária.....	22
3.1.2	Atenção primária em Minas Gerais.....	27
3.2	A IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	33
4	REFERENCIAL CONCEITUAL	41
4.1	NOVA ECONOMIA INSTITUCIONAL.....	41
4.2	TEORIA DO CUSTO DE TRANSAÇÃO.....	45
4.2.1	Custos transacionais no setor público.....	50
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	57
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	57
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	58
5.3	SUJEITOS DE PESQUISA, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE... ..	59
5.4	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	61
5.5	COLETA DE DADOS.....	61
5.5.1	Instrumentos para a coleta de dados.....	61
5.5.2	Pré-teste.....	62
5.5.3	Procedimentos para a coleta de dados.....	63
5.6	ESTRATÉGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	64
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
6.1	CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL.....	68
6.2	CARACTERIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS UNIDADES DE SAÚDE E NO MUNICÍPIO DE ITAJUBÁ/MG.....	70
6.3	ANÁLISE TEMÁTICA.....	86
6.3.1	Dimensão: Concepção dos enfermeiros acerca do PDAPS.....	87
6.3.1.1	Categoria: Reorganização e padronização do serviço de saúde na atenção primária... ..	87
6.3.1.1.1	Sub-categoria: Implantação dos instrumentos de normalização da SES/MG.....	89
6.3.1.1.2	Sub-categoria: Implantação dos instrumentos de gestão da clínica.....	90
6.3.1.1.3	Sub-categoria: Sistema de educação permanente.....	93
6.3.2	Dimensão: Facilidades na implantação do PDAPS segundo os enfermeiros.....	95
6.3.2.1	Categoria: Envolvimento profissional.....	95
6.3.2.1.1	Sub-categoria: Comprometimento da equipe de saúde na implantação do PDAPS... ..	96
6.3.2.1.2	Sub-categoria: Comprometimento e qualidade no repasse das oficinas pelos facilitadores.....	97
6.3.2.1.3	..Sub-Categoria: Reunião dos profissionais de saúde nas oficinas.....	99
6.3.2.2	Categoria: Gestão da Clínica.....	100

6.3.2.2.1 Sub-categoria: Manutenção dos instrumentos de gestão da clínica.....	102
6.3.2.3 Categoria: Ausência de facilidades na implantação do PDAPS.....	102
6.3.3 Dimensão: Dificuldades na implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde segundo os enfermeiros.....	104
6.3.3.1 Categoria: Custo de transação informacional.....	108
6.3.3.1.1 Sub-categoria: Insuficiência de pessoal.....	109
6.3.3.1.2 Sub-categoria: Insuficiência de recursos materiais e infraestrutura.....	111
6.3.3.1.3 Sub-categoria: Problemas de comunicação entre órgãos e setores executores.....	113
6.3.3.1.4 Sub-categoria: Quadro de recursos humanos desqualificados.....	115
6.3.3.2 Categoria: Custo de transação de agência.....	118
6.3.3.2.1 Sub-categoria: Multiplicidade de tarefas.....	119
6.3.3.2.2 Sub-categoria: Monitoramento da burocracia.....	121
6.3.3.2.3 Sub-categoria: Falta de comprometimento profissional.....	125
6.3.3.3 Categoria: Custo de transação político.....	128
6.3.3.3.1 Sub-categoria: Oportunismo político.....	129
6.3.3.3.2 Sub-categoria: Incerteza.....	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICE A - Solicitação de autorização para realização da pesquisa	153
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	155
APÊNDICE C – Caracterização pessoal e profissional	157
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semi-estruturada	158
APÊNDICE E – Roteiro de entrevista estruturada	159
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	160

1 INTRODUÇÃO

"O estudo em geral, a busca da verdade e da beleza são domínios em que nos é consentido ficar crianças toda a vida" (EINSTEIN, s/d).

A presente pesquisa trata de uma avaliação acerca da implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) como política de otimização e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Itajubá-MG sob a ótica dos enfermeiros. A análise desta investigação ocorrerá à luz do referencial conceitual da Nova Economia Institucional (NEI), com ênfase na Teoria dos Custos de Transação (TCT).

Esta política de governo foi implantada nos municípios mineiros a partir de 2006 com o objetivo principal de reduzir as internações por condições sensíveis à atenção primária, fornecendo ferramentas de gestão capazes de reestruturar a assistência oferecida nos municípios mineiros.

Para tal, o governo e prefeituras investiram em recursos materiais, físicos, treinamentos e capacitação de profissionais. Os profissionais da atenção primária e a comunidade foram mobilizados no sentido de implantar o PDAPS nos municípios a partir da concepção de que esta proposta seria uma ferramenta capaz de promover uma saúde de qualidade.

Para reestruturar um sistema de saúde onde os usuários e os próprios fornecedores de saúde terão que se submeter a uma nova rotina de trabalho, com a substituição das práticas convencionais e para que os objetivos sejam alcançados, é fundamental que todos os envolvidos neste processo tenham compromisso e responsabilidade.

A partir da NEI, podemos considerar a importância das instituições não apenas do ponto de vista produtivo, mas também como um ambiente constituído de relações humanas, passíveis de conflitos e interesses próprios.

Permeando todo o processo de produção, desde a entrada da matéria prima até o produto final, de acordo com a TCT, podemos nos deparar com custos que perpassam toda a transação e que não estão ligados diretamente a custos de produção e valores financeiros, mas sim a custos, segundo Williamson (1989 apud WIEMER, 2010), relacionados ao

planejamento, adaptação e monitoramento da execução de diferentes ações em diferentes estruturas de governança.

Nessa perspectiva, considerando que os serviços de saúde possuem estruturas de governança, ousaremos compreender economicamente a adaptação e o monitoramento da implantação do PDAPS sob a ótica dos enfermeiros. Nesta lógica, durante todo o processo de implementação do referido plano, poderemos nos deparar com custos de transação relacionados ao planejamento das ações propostas, a adaptação às novas mudanças, serviços ou planos e ao monitoramento e a avaliação das ações implementadas.

Assim, neste trabalho, buscaremos investigar e analisar o processo de implantação do PDAPS no município de Itajubá/MG a partir dos embasamentos teóricos da NEI com ênfase na teoria dos custos de transação, cientes da sua origem e aplicação nas ciências econômicas, porém, ambiciosamente buscando contribuições e aplicações desta teoria para as ciências da saúde.

Por outro lado, nos respaldaremos na concepção de Nunes (2007) ao relatar que as ciências sociais, como a economia, são consideradas fundamentais para a compreensão dos processos de trabalho assim como das relações profissionais no campo da saúde.

1.1 INTERESSE PELO TEMA

A origem deste estudo está relacionada com a minha experiência de trabalho com política de saúde, ao longo do exercício profissional no âmbito da saúde coletiva, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF).

No ano de 2009 deu-se início, na microrregião de Itajubá/MG, a implantação do PDAPS, com a capacitação dos facilitadores, na maioria profissionais enfermeiros, dos quinze municípios pertencentes a esta microrregião.

Os facilitadores da microrregião de Itajubá/MG foram capacitados pelos profissionais tutores da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL/MG, da cidade de Alfenas/MG, no município de Itajubá/MG, com encontros bimestrais.

Na ocasião, participei como facilitadora do PDAPS no município de Marmelópolis/MG, localizado a 44 km da cidade de Itajubá/MG.

Como facilitadora, participava das reuniões, junto dos demais profissionais facilitadores dos quinze municípios da microrregião de Itajubá/MG, e replicava as oficinas

para os profissionais da ESF e Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional no município de Marmelópolis/MG.

Também era responsável por solicitar das equipes de saúde a elaboração dos produtos exigidos em cada oficina, como por exemplo, a elaboração da agenda dos profissionais, o planejamento da implantação dos protocolos clínicos dos exames laboratoriais nas equipes de APS, a definição das etapas e metodologia para implantação dos formulários do Prontuário de Saúde da Família entre outros e enviá-los aos tutores da UNIFAL/MG.

Durante todo este processo de treinamento, replicação das oficinas, coleta de produtos e acompanhamento da implantação do PDAPS, percebi e convivi com uma série de fatores dificultadores que prejudicaram a implantação de certas estratégias de melhoria no atendimento à comunidade.

Como facilitadora, tive o contato direto e contínuo com todos os profissionais da atenção básica e envolvidos, incluindo agentes comunitários de saúde (ACS), médicos, odontólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, secretário municipal de saúde e prefeito.

Foi notória a dificuldade de entendimento por parte dos diversos atores sociais envolvidos neste processo, citados anteriormente, no que tange a importância deste novo plano do governo de Minas Gerais para reestruturar e otimizar a APS nos municípios. Cada profissional conferiu uma importância distinta a este plano, dosada a partir de interesses pessoais, profissionais e políticos.

Como defensora da saúde coletiva, em especial da ESF, ao entrar em contato com as oficinas do PDAPS, muito me motivou a implantação deste plano, pois compreendi na sua totalidade o objetivo e a eminente ferramenta de gestão que nos foi dada para nortear as ações do processo de trabalho e a gestão municipal dos serviços de saúde.

Porém, muito me angustiou a reação de alguns profissionais de saúde e atores envolvidos neste processo, ao se posicionarem de forma negativa frente a esta nova oportunidade de melhoria da atenção básica.

Outros problemas, de ordem financeira e escassez de recursos humanos, também se fizeram presentes, impossibilitando a execução de certas intervenções, fugindo assim da governabilidade dos profissionais.

A falta de incentivo, seja ele de qualquer natureza, foi um fator dificultador para a motivação dos profissionais no que tange a mobilização para realizarem as novas mudanças exigidas pelo plano, que num primeiro momento, contribuiu com o aumento das atividades realizadas pelos mesmos.

Entretanto, diante deste panorama de eventos adversos que permearam o processo de implantação do PDAPS no município em que trabalhei, não desistia da ideia de lutar para que o processo fosse implantado, se não na sua totalidade, mas nos seus aspectos principais, mesmo diante das adversidades.

Ao conviver com os demais profissionais facilitadores, durante as oficinas em Itajubá/MG, pude perceber que este panorama, um tanto desalentador, também se fazia presente na maioria dos municípios, em especial no município de Itajubá/MG.

As dificuldades encontradas foram compartilhadas pelo grupo, e os encontros passaram a constituir um momento de desabafo e ao mesmo tempo de busca de motivação para continuar nesta empreitada.

Este conjunto de experiências levou-me a refletir a respeito das dificuldades e facilidades encontradas pelos enfermeiros na implantação do PDAPS no município de Itajubá/MG, hoje o meu município de residência, persistindo em mim a angústia que outrora se fez presente ao não compreender por que um plano de governo de excelência para melhorar a qualidade da atenção primária, não foi implantado na sua totalidade.

Assim nasce o meu interesse em avaliar o processo de implantação do PDAPS, a partir da minha vivência profissional e consternação com o processo de implementação do referido plano.

1.2 JUSTIFICATIVA

Consideramos relevante avaliar as concepções, dificuldades e facilidades encontradas pelos enfermeiros na implantação do PDAPS, por acreditarmos que trabalhos desta natureza constituem uma importante ferramenta de gestão ao fornecer informações relevantes e esclarecedoras aos gestores de saúde para subsidiarem decisões na recondução deste plano, nos casos em que o mesmo não foi implantado ou o foi de forma incipiente.

Vianna e Baptista (2008) consideram que os estudos de avaliação da política de saúde buscam o exame da reengenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas e seus resultados, bem como discussões acerca do uso ineficiente de recursos, iniquidade do acesso e qualidade dos serviços de saúde.

Estas avaliações de programas e serviços inserem-se na temática da gestão em saúde coletiva e tem como função primordial produzir saúde (FURTADO, 2007).

Assim, analisando os investimentos do governo de Minas no fortalecimento da APS, a melhoria da qualidade de vida dos mineiros, a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde, a otimização dos resultados da gestão de saúde municipal a partir da implementação do PDAPS, é de extrema relevância avaliar a sua implantação, dado a relevância deste na produção de saúde.

Este trabalho também poderá nortear futuras políticas de saúde, no que tange a elaboração prévia de estratégias de superação de problemas já evidenciados em planos anteriores, evitando assim o desperdício de recursos públicos na gestão dos serviços de saúde e propiciando o alcance dos objetivos propostos de forma menos custosa e mais eficiente.

A relevância deste estudo para a enfermagem justifica-se em função do seu papel enquanto coordenadora das atividades desenvolvidas na unidade de saúde, que segundo Witt (2005), vem se destacando pelo fato dos enfermeiros se responsabilizarem pela atenção à saúde e contribuírem para a organização desta atenção, bem como promoverem comprometimento com a saúde como direito individual e coletivo.

Assim, considerando o enfermeiro como o principal responsável pela organização do trabalho nas equipes de saúde e as possíveis dificuldades que possam surgir neste processo, é de extrema relevância que as dificuldades encontradas na implantação do PDAPS sejam identificadas e compartilhadas com o gestor municipal de saúde para que possam ser superadas, permitindo que a organização do trabalho, a partir deste plano, seja realizada sem empecilhos evitando assim o sofrimento aos enfermeiros gerado pelos possíveis estímulos estressores do trabalho.

A concepção que estes profissionais possuem acerca da política do PDAPS é relevante, na medida em que identificaremos antes de tudo, se esta política foi realmente compreendida pelos profissionais responsáveis majoritariamente pela sua condução.

Já no âmbito das facilidades, é importante também que elas sejam identificadas como forma de avaliar os pontos fortes na saúde do município, em todos os aspectos, de forma a fortalecê-los cada vez mais.

Considerando o PDAPS como uma reorganização da saúde com vistas a melhorar a qualidade da atenção primária prestada à comunidade, esta também será beneficiada com este estudo, a partir do momento que ele possa fornecer recursos aos gestores, enfermeiros e profissionais de saúde para a sua real implantação.

Estudos desta natureza associados à teoria dos Custos de Transação são escassos, de forma que este trabalho apresenta à literatura uma nova forma de avaliar a implantação do PDAPS sob a ótica da teoria das Ciências Econômicas, contribuindo com a expansão do saber

e construção de novos conhecimentos na análise de gestão de saúde a partir de saberes advindos de outros campos da ciência.

Para Zylberstajn (2003), a necessidade de implantar mudanças institucionais e de implementar estratégias que levem ao aumento da eficiência das instituições sempre é colocada como justificativa para se fazer a mensuração dos custos transacionais.

Após uma busca exaustiva na literatura, verificou-se que ainda são incipientes as pesquisas avaliativas no que tange à implantação do PDAPS e que as mesmas se concentram em municípios específicos, constituindo assim um estudo importante para a análise desta política de saúde e instigação de futuras pesquisas nesta temática.

Após todas essas considerações, apresento como perguntas de pesquisa:

- a) Quais são as concepções dos enfermeiros da APS do município de Itajubá acerca do PDAPS?
- b) Quais foram as dificuldades e facilidades encontradas pelos enfermeiros da APS na implementação do PDAPS no município de Itajubá-MG?
- c) Quais foram os custos de transação que permearam o processo de implantação do PDAPS no município de Itajubá-MG?

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

"No meio da dificuldade encontra-se a oportunidade" (EINSTEIN, s/d).

O presente estudo teve como objetivos:

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as dificuldades e facilidades encontradas, pelos enfermeiros das unidades de Atenção Primária à Saúde, na implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde no município de Itajubá/MG a luz do referencial teórico da Nova Economia Institucional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar qual a concepção que os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Itajubá/MG possuem acerca do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde.

Identificar os custos de transação que se fizeram presentes na implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde no município de Itajubá/MG.

3 REVISÃO DA LITERATURA

"Investir em conhecimento rende sempre os melhores juros"

(FRANKLIN, s/d).

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO À SAÚDE

Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de reorganização do sistema de saúde inglês pela primeira vez no chamado Relatório Dawson¹ em 1920 (MATA; MOROSINI, 2009).

Ainda segundo os autores, neste relatório o Lord Dawson, então ministro da saúde da Inglaterra, procurou contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, reducionista com foco na atenção individual, e constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade.

Este modelo de atenção influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS²: a regionalização a partir do atendimento voltado para as necessidades de saúde de cada região, e a integralidade, que

¹ O "Relatório Dawson" apresentou uma estrutura macro-organizacional para o sistema de saúde inglês, baseada em diferentes níveis de atenção, sendo a mais básica o centro de atenção primária à saúde, apoiado por um nível secundário, consistindo de especialistas que forneciam atenção por consultas que, por sua vez, era apoiado por um nível terciário baseado em hospitais-escola para atenção às doenças mais incomuns e complicadas (MATA; MOROSINI, 2009).

² Há uma frequente discussão acerca da terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, esta discussão ganha contornos especiais. Em contraste com a tendência internacional do uso de "Atenção Primária" (AP), a expressão "Atenção Básica" (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2006b). Esta oscilação terminológica, sugestiva de uma disputa ideológica, deve considerar uma terceira expressão, a "Atenção Primária à Saúde" (APS), referente à "Primary Health Care" (PHC) na língua inglesa. Cunhada para a Conferência de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978 apud MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009) e menos presente nos documentos oficiais brasileiros, é provavelmente a expressão que se enquadraria com mais propriedade à proposta de universalidade e participação social do SUS e modelo comunitário da ESF. Atualmente, mesmo os documentos oficiais começam a mostrar incerteza sobre qual seria a terminologia mais adequada. Nas "Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão" (BRASIL, 2006a) pode-se ler "Fortalecimento da Atenção Básica" como prioridade do Pacto pela Vida. Neste documento de 76 páginas, não aparece nenhuma menção ao termo "Atenção Primária". Por outro lado, na Nota técnica 06/2006 editada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) "Para entender o Pacto pela Saúde 2006 – Volume I", tanto nos tópicos quanto no texto, as expressões são utilizadas alternadamente e o tópico citado acima é apresentado como "Fortalecimento da Atenção Básica /Primária" (CONASS, 2006, p.8). Porém, a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos AB e APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2011b). Assim, optou-se por utilizar neste trabalho a denominação APS cunhada primeiramente na Conferência de Alma-Ata e também por fazer parte da denominação do objeto de estudo deste trabalho, o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde.

fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (MATA; MOROSINI, 2009). O reconhecimento deste sistema fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelecesse que a arquitetura dos sistemas dawsonianos fosse adotada por todos os sistemas de saúde (ALVES, 2006).

Os princípios da APS foram enunciados pela primeira vez no período de 6 a 12 de setembro de 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Atá, Cazaquistão, antiga União Soviética, promovida pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), tendo se estabelecido uma nova plataforma de política sanitária internacional (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007).

Na introdução da Declaração de Alma-Ata foi proposta uma meta para o ano de 2000 para que todo o mundo alcançasse um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça. Assim, a APS seria válida para todos os países, porém se estruturaria conforme as diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais de cada país (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007).

O consenso afirmado na Conferência de Alma-Ata foi confirmado pela Assembleia Mundial de Saúde em sua reunião em maio de 1979, que definiu a APS:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002, p. 30-31).

Starfield (2002) e Mendes (2002) apontam que para a organização do sistema de saúde a partir da APS alguns atributos são necessários como: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária, competência cultural e algumas funções como resolubilidade, comunicação e responsabilização devem ser observados por todos os agentes envolvidos nesta prática de atenção à saúde.

Assim, o primeiro contato seria o primeiro ponto de atenção à saúde que o indivíduo, a família e a comunidade se reportariam em busca de solução para seus problemas de saúde; a longitudinalidade compreenderia o fornecimento de cuidados de saúde em todas as fases de vida dos indivíduos; a integralidade consistiria em fornecer um atendimento integral aos

indivíduos, comunidade e família considerando suas necessidades bio-psico-sociais, abordando-os de forma holística e não parcial, considerando os aspectos da prevenção, promoção, cura, reabilitação, cuidado e palição. A coordenação corresponderia à administração de todo o processo de cuidado, envolvendo todas as etapas e níveis de atenção, garantindo a continuidade da atenção através da equipe de saúde. A focalização na família compreenderia a mesma como foco central na prestação de cuidados, como o sujeito da atenção, não sendo mais possível cuidar apenas do indivíduo, visto que este está inserido em uma unidade familiar e que esta tem influencia direta no seu processo saúde-doença. A orientação comunitária que consistiria em educar a população visando a melhoria nas condições sociais, ambientais, econômicas e sanitárias de uma forma geral, considerando que estes fatores refletiriam na saúde dos indivíduos e das famílias em geral. A competência cultural estabelece uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, respeitando as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (MENDES, 2002, 2012; STARFIEL, 2002).

Para Mendes (2012), os atributos da APS são importantes para a garantia dos resultados e da qualidade da atenção. Segundo o autor, há evidências, produzidas em nosso país, de que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos, especialmente na atenção pré-natal, na puericultura, no cuidado domiciliar e na atenção à pessoa idosa.

Da mesma forma Starfield (2002) defende as três funções essenciais da APS como importantes para sua efetivação enquanto estratégia de orientação dos serviços de saúde. Assim, a função de resolubilidade, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada cognitivamente e tecnologicamente para atender a mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes e por fim a função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita.

Para Starfield (2002) o reconhecimento da importância e eficácia da APS era uma questão de fé. Embora os princípios da APS tenham tido forte apelo e encontrado condições favoráveis à sua disseminação, a reboque das medidas de extensão de cobertura, a efetividade da APS enquanto modelo assistencial era, até pouco tempo atrás, objeto de controvérsia, sendo que muitos a viam apenas como uma opção barata de serviços de saúde para populações marginalizadas.

Foi somente na década de 1990 que surgiram as primeiras evidências empíricas da efetividade desse modelo de organização de serviços de saúde. Starfield, em 1998, publicou em Nova York o livro *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*, que foi uma reedição do livro sobre APS publicado pela mesma autora em 1992 e traduzido para o português pela Unesco/Ministério da Saúde em 2002, representando um marco para a APS ao demonstrar a partir de evidências científicas, o impacto positivo da APS em diversos países do mundo, evidenciando que as nações com sistemas de saúde centrados na APS obtêm melhor resultados e lidam melhor com os custos (STARFIELD, 2002).

Starfield, Macinko e Shi (2005) em um trabalho de revisão das evidências da eficácia e eficiência da APS, destacam alguns achados importantes: quanto maior a força da APS e maior a sua cobertura, menor as taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral e menor a taxa de crianças nascidas com baixo peso, melhor a cobertura de pré-natal e melhor a taxa de anos potenciais de vida perdidos.

Ao analisar a APS percebe-se que, ao contrário da crença predominante de que a APS é simples e básica, os desafios enfrentados são imensos no que se refere a: a) organização do sistema de saúde; b) sua constituição como porta de entrada do sistema; c) responsabilidade pela atenção aos pacientes e população (NEGRI; WERTHEIN, 2002). Santos (2007a) considera que a APS lida com uma gama enorme de subjetividade e diferenças culturais, e não deve ser considerada de baixa complexidade, simplesmente pelo corte tecnológico.

Recentemente, a atenção primária foi reestabelecida como o primeiro nível de ordenação dos serviços de saúde pelo Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente (BRASIL, 2011c, p.3).

Para Mendes (2012) pode-se afirmar que os sistemas de atenção à saúde orientados pela APS são: mais adequados porque se estruturam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes por apresentarem menores custos e reduzirem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade

porque enfatizam a promoção da saúde e a prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde.

3.1.1 Unidades de saúde no contexto da atenção primária

Os primeiros centros de saúde surgiram no início do século XX na Inglaterra e posteriormente nos Estados Unidos. Possuíam como objetivo fornecer atenção primária à comunidade, sendo assim, denominados de centro de saúde primário (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007).

No Brasil, os primeiros centros de saúde surgiram na década de 1930 com o objetivo de ofertar ações de promoção e proteção da saúde através da educação sanitária. Assim, os Centros de Saúde, que existem até hoje em muitas cidades, foram construídos com o objetivo de criar serviços locais de saúde permanentes. Por isso, ficavam perto das populações e atuavam de modo constante. Neste período verificou-se a valorização da assistência médica individual, curativa e especializada em detrimento da saúde coletiva (MELO; CUNHA; TONINI, 2005).

No final dos anos de 1960 e início dos de 1970, com o crescente aumento da pobreza e do desemprego, ampliam-se os centros de saúde pelo fato de a demanda de APS sofrer um aumento na lógica da quantidade de desassistidos. Ações como o controle e a terapêutica da tuberculose e da hanseníase, as imunizações passam a ser assumidas pelos centros de saúde e a ter maior visibilidade, com um discreto aumento da capacidade instalada dos mesmos (SANTOS, 2007b).

Em 1978 o Estado do Ceará implantou o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), com recursos próprios e vinculados à Secretaria de Estado, com coordenação centralizada (SILVA; RODRIGUES, 2000).

O PACS tinha como objetivo contribuir com a redução dos indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil. Este programa estava pautado em princípios indutores da mudança de modelo, estabelecendo uma vinculação dos indivíduos e famílias com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (PEREIRA et al., 2005).

Posteriormente, com a chegada dos anos de 1990, no panorama de saúde, a reforma sanitária eclode com a política de saúde adotada pelo SUS regulamentado pelas leis nº

8080/90 e nº 8142/90, que detalharam princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e o funcionamento do sistema (SANTOS, 2007b).

A necessidade de criar meios que pudessem estruturar a implantação do SUS resultou na ampliação do Programa Nacional de Agentes Comunitários em Saúde (PNACS), em 1991, que em 1992 passou a se chamar PACS (SANTOS, 2007b).

Para Silva (2001) o objetivo central do PACS, proposto pelo Ministério da Saúde, era de melhorar por meio do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS)³, a capacidade da população de cuidar da sua própria saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde.

O Ministério da Saúde define o ACS como um trabalhador que integra a equipe local de saúde, prestando cuidados primários às famílias de sua comunidade, auxiliando as pessoas a cuidarem da sua própria saúde, por meio de ações individuais e coletivas (BRASIL, 1994).

A gestão do PACS era feita por enfermeiros. Porém, em algumas cidades não existia este profissional e na presença deste, percebia que nem sempre ele estava preparado para o que assumia, por vezes, com certa insegurança. No tocante, o ACS desenvolvia ações de enfermagem, sob a responsabilidade do enfermeiro, sem o respaldo do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Esta situação se fazia necessária devido à escassez de qualquer profissional de saúde e serviços de saúde (SANTOS, 2007b).

Com isso, em 1993, começa a ser cogitada a possibilidade de implantar o Programa Saúde da Família (PSF) para reestruturar o sistema de saúde. Assim, no ano de 1994 implanta-se o PSF com a integração dos ACS e dois anos após ocorre a sua expansão para os diversos municípios do país (SOUSA, 2001).

As regiões mais centrais e de cidades grandes começam a se interessar pela proposta, constituindo um avanço e também um desafio, já que essas regiões já possuíam certa capacidade instalada, situação da qual aparece uma nova modalidade, da unidade mista, que tem simultaneamente UBS tradicional e PACS, UBS tradicional e PSF, ou ainda UBS tradicional com PACS e PSF. Assim, seria necessário não só uma re-significação da prática pautada num novo conceito de saúde, mas também um espaço de convivência com duas realidades supostamente diversas (tradicional e saúde da família), que falam e cuidam de situações idênticas, mas com enfoques diferentes, buscando também outros resultados que não só o tratamento de doenças (SANTOS, 2007b).

³ O exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde está regulamentado pela Lei nº 10.507/2002 que define seu exercício exclusivamente no âmbito do SUS (BRASIL, 2006b).

Logo em seguida da implantação do PSF, com a discussão do financiamento, ele começa a perder a característica de programa e passa a ser entendido como estratégia. O modelo de financiamento do SUS precisava ser modificado para diminuir o descompasso entre os princípios e objetivos e a realidade de implantação. É publicada então a Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 96), com o objetivo de aprofundar o processo de descentralização, a mudança na lógica do financiamento do setor saúde e a reorganização da assistência. Cria-se também o Piso da Atenção Básica (PAB)⁴, rompendo pela primeira vez com o repasse financeiro por produção de procedimentos (AGUIAR, 2003).

Os esforços para a transformação do PSF em estratégia estruturadora do sistema de saúde provocaram grandes mudanças no modelo de atenção e, após esses esforços, os municípios que apresentaram os primeiros sinais de concretização foram aqueles que investiram e se articularam com o projeto da Reforma Sanitária (PAIM, 2001). Os municípios a partir da nova forma de financiamento puderam ampliar a cobertura e melhorar os indicadores de saúde, valorizando as ações de promoção e proteção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Segundo Brasil (2011b, p.11) as equipes da ESF são formadas por:

[...] equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Macinko (2011) após analisar vários estudos avaliativos do PSF no Brasil, considera que essa estratégia influenciou positivamente no acesso e na utilização dos serviços e teve impacto na saúde dos brasileiros. As evidências analisadas mostraram: a redução da mortalidade infantil e da mortalidade de crianças menores de 5 anos; o impacto na morbidade; a melhoria no acesso e na utilização dos serviços e a satisfação com os serviços recebidos; a melhoria do desempenho do SUS; a criação de um grupo de pesquisadores excelentes em várias partes do país; e a contribuição à prática, à ciência e às políticas internacionais para o renascimento do interesse na APS no mundo.

⁴ O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família, ACS, Saúde Bucal, Compensação Regionais, Saúde Indígena e Saúde no Sistema Penitenciário. Os repasses destes recursos são efetuados em contas específicas denominadas "FMS – nome do município – PAB" de acordo com a normatização geral de transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b).

Assim de acordo com Mendes (2012), a proposta brasileira da ESF é a mais adequada para a situação brasileira porque é a que se adequa aos princípios do SUS e centra-se na saúde da população.

Costa, Fracoli e Chiesa (2007) relatam que uma das características importante da ESF refere-se ao trabalho inter e multidisciplinar, pois não se trata de um projeto de médico de família, mas de uma equipe de saúde da família. Na equipe, existe a definição de competências e corresponsabilidades entre os membros, e as unidades de saúde às quais se vinculam devem ser repreparadas histórica, teórica e administrativamente para comportar esse novo processo de assistir, como elementos diferenciados para a construção de um novo modelo de assistência à saúde.

Diversos países têm adotado o modelo de Saúde da Família na estruturação de seu modelo de atenção à saúde, destacam-se Reino Unido, Cuba, Espanha e Canadá. A estratégia brasileira, no entanto, é inovadora por incorporar o ACS na equipe de saúde. A ideia essencial de apoio deste profissional é de o agente se constituir em elo entre a comunidade e o sistema de saúde (COSTA; FRACOLLI; CHIESA, 2007).

A consolidação da ESF não será uma luta fácil, nem breve. Muito menos barata, porque exigirá mais recursos para a atenção primária à saúde. Os recursos públicos alocados ao SUS são muito baixos; eles não são suficientes para tornar esse sistema público de saúde um sistema universal e gratuito para todos os brasileiros. Mas havendo vontade política, os recursos atuais são suficientes para fazer uma revolução na atenção primária à saúde, com a consolidação da ESF. Se isso for feito, a situação de saúde de nossa população melhorará muito. A agenda proposta é complexa, mas é viável porque a ESF não é um problema sem soluções; a ESF é uma solução com problemas (MENDES, 2012, p.24).

Ainda segundo o autor, a transformação da APS a partir da ESF é algo já concretizado, porém a APS tradicional não será negligenciada neste contexto atual, mesmo que os trabalhos revisados demonstrem a superioridade da ESF em relação aos modelos tradicionais.

No tocante ao modelo tradicional, este é organizado por UBS tradicionais que são constituídas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e médicos especialistas como ginecologista, pediatra e clínico geral. Não possuem ACS e não trabalham com a adscrição de clientela, porém garantem os princípios da Atenção Primária. São reconhecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e segundo Brasil (2011b) responsabilizam-se pelo atendimento de até 18 mil habitantes em grandes centros urbanos. Já as UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, responsabilizam-se pelo atendimento de até 12 mil habitantes.

Martins (2012) a partir das análises de Andrade et al. (2004), elaborou o seguinte quadro, evidenciando as diferenças entre a APS tradicional e modelo Saúde da Família.

MODELO CONVENCIONAL	MODELO SAÚDE DA FAMÍLIA
Saúde como ausência de doenças	Saúde como qualidade de vida
Prestação de serviços considerada um favor e não um direito (clientelismo)	Prestação de serviços como um direito de cidadania
Atenção centrada no indivíduo	Atenção centrada no coletivo
Centrado em ações curativas	Centrado na atenção integral à saúde incluindo ações de promoção, proteção e recuperação
Hospital como serviço de atenção à saúde dominante	Rede de atendimento com ações coordenadas pela APS garantindo acesso nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde
Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios	Serviços de saúde distribuídos em todo o território dos municípios garantindo acesso
Predomínio da intervenção do médico	Predomínio da intervenção da equipe multidisciplinar
Planejamento e programação desconsiderando o perfil epidemiológico da população	Planejamento e programação com base em dados epidemiológico da população e priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer
Autonomia local e participação comunitária não consideradas	Estímulo à participação comunitária, garantindo autonomia nas ações no nível dos territórios das equipes da saúde da família
Atendimento baseado na demanda espontânea	Atendimento baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adscrita

Quadro 1 - Diferenças entre a APS tradicional e modelo Saúde da Família
Fonte: Martins, 2012.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e PACS. O documento reafirma a Saúde da Família como estratégia prioritária para organização da atenção básica de acordo com os preceitos do SUS. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011b).

Também é previsto pela Portaria a implantação de equipes de ACS nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da ESF, sendo necessário a existência de um enfermeiro para até no máximo 12 ACS

e no mínimo 4 e que cada ACS responsabilize-se por uma micro-área com até no máximo 750 pessoas (BRASIL, 2006a).

Os profissionais atuantes na atenção primária devem ter o olhar voltado para o indivíduo, família e comunidade, favorecendo a integralidade. A partir de esforços coletivos, as mudanças poderão assumir uma dimensão maior, atendendo e resolvendo as necessidades de saúde (MENDES, 2002; STARFIELD, 2002).

3.1.2 Atenção primária em Minas Gerais

O atual sistema de saúde em Minas Gerais, com algumas exceções, ainda caracteriza-se por um sistema de atenção à saúde fragmentado, voltado para as condições agudas, com uma APS de baixa qualidade e resolubilidade (MINAS GERAIS, 2009a).

A partir da política de Choque de Gestão (CG)⁵ instituída no governo de Aécio Neves, a APS passou por intensas transformações no Estado. De acordo com Fabris (2007), a primeira geração do CG (2003-2006) ocupou-se de racionalizar as despesas em 2003, aumentar a receita em 2004 a fim de controlar as contas públicas e possibilitar o crescimento de investimentos nos anos subsequentes, 2005 e 2006. Por sua vez, a segunda geração (2007-2010) teve como foco a agilidade e a qualidade dos gastos públicos, principalmente na área social, em busca da “equidade entre as pessoas e as diferentes regiões do Estado”; uma administração já não mais voltada para a administração de dívidas, mas sim para a gestão de resultados. A segunda etapa teve como suporte um sistema de planejamento estratégico que estabeleceu o conjunto das grandes escolhas que orientaram a construção do futuro que se busca alcançar: “Minas, o melhor Estado para se viver” (MINAS GERAIS, 2009b).

O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado - PMDI é resultado desse planejamento estratégico e foi elaborado com uma perspectiva de movimento de “onde estamos” para “aonde pretendemos estar”, com a concepção de uma estratégia clara e a definição de uma carteira de projetos prioritários, articulando ações de longo, médio e curto prazo, para o período de 2007 a 2023. As ações de médio prazo abrangem períodos quadrienais e estão contidas nos Planos Plurianuais de Ação Governamental (PPAG). As ações de curto prazo são programações anuais descritas na Lei Orçamentária Anual (LOA) (PESTANA; TAVARES JÚNIOR; MENDES, s/d).

⁵ Na tentativa de romper com problemas de gestão advindos de governos anteriores, dá-se início, em 2003, a um processo de mudanças na administração pública do estado de Minas Gerais. Naquele ano, mediante um déficit aproximado de R\$ 2,4 bilhões, agravado por um cenário caótico de precários serviços públicos e infraestrutura, bem como de dificuldades relativas à arrecadação de recursos e de cumprimento das obrigações estatais, o governo mineiro apresentou o Choque de Gestão como uma alternativa à necessária superação do quadro econômico, fiscal e administrativo-institucional vigente à época (QUEIROZ; CKAGNAZAROFF, 2010).

Dentre os projetos contidos nos PPAG está o Projeto Estruturador Saúde em Casa (PSC). Este projeto, em ato desde 2003 e implantado no ano de 2005, tem como o objetivo melhorar a atenção primária, por meio de: recuperação e ampliação das UBS, distribuição de equipamentos, monitoramento através da certificação das equipes e avaliação da qualidade da assistência, da educação permanente para os profissionais e repasse de recursos mensais para cada equipe de saúde da família, além da ampliação da lista básica de medicamentos dentro do programa Farmácia de Minas (MINAS GERAIS, 2006).

Entre 2005 e 2011, por meio do PSC, foram inauguradas 1.163 UBS em Minas Gerais, sendo 173 inauguradas em 2011, e destinados mais de R\$ 290 milhões para a construção, reforma, ampliação e compra de equipamentos para 1.618 UBS. Até outubro de 2011, foram investidos mais de R\$ 670 milhões do Tesouro Estadual em infraestrutura, qualificação de pessoal, compra de equipamentos e material para melhorar a atuação das equipes da ESF. Deste total, foram investidos R\$ 16,9 milhões na distribuição de 997 carros para as equipes (MINAS GERAIS, 2012a).

Segundo Pestana; Tavares Júnior e Mendes (s/d) por meio do PSC, o Governo de Minas Estabeleceu aos municípios um incentivo financeiro mensal, que corresponde cerca de R\$ 48 milhões por ano, para estimular o cumprimento das metas contratadas (vacinação, pré-natal, queda das internações, entre outras).

Outro avanço do Saúde em Casa foi a expansão do número de equipes da ESF. Atualmente, Minas é o Estado com o maior número de equipes. Em 2003, eram 2.571 equipes em 708 municípios (MINAS GERAIS, 2012a). Em abril/2013 são 4.487 equipes atuando em 846 municípios com uma cobertura de 70,64% da população do Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Na busca incessante por melhorias na saúde, o governo realizou uma revisão no PMDI, definindo onze áreas de resultados, visando alcançar o objetivo de um Estado para Resultados. As ações no âmbito da saúde se distribuíram em várias áreas de resultados, concentrando-se fortemente na área do Mapa denominada Vida Saudável, com os seguintes objetivos estratégicos: universalização do acesso à APS; redução da mortalidade infantil e materna; ampliação da longevidade da população adulta; aumento da eficiência alocativa do sistema de atenção à saúde; promoção de hábitos de vida saudável e ampliação do acesso ao saneamento básico (MINAS GERAIS, 2009a).

Assim, foram desenvolvidos os projetos estruturadores do mapa Vida Saudável como:

Rede Viva Vida: criado em outubro de 2003 pela SES/MG com o objetivo de promover a saúde da mulher e da criança, assegurando atendimento integral, humanizado e especializado em diferentes condições e visando à redução da mortalidade materna e infantil (TORRES, 2013).

Saúde em Casa: com o objetivo de melhorar a qualidade da APS em Minas Gerais tanto no âmbito qualitativo quanto no âmbito quantitativo (MINAS GERAIS, 2006).

Regionalização da atenção à saúde por meio dos seguintes projetos:

- Pro-Hosp: um programa do governo estadual, inovador no País, pois modifica a lógica da relação convencional para a da relação contratual, entre o Estado e os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, que prestam serviços pelo SUS. Este programa possibilita à população mineira atendimento hospitalar de qualidade e com resolutividade o mais próximo possível de sua residência, segundo a lógica dos níveis de complexidade (média ou alta), otimizando a eficiência dos hospitais, e, assim, consolidando a oferta da atenção hospitalar nos pólos macro e microrregionais de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2011a).
- SUS Fácil: é um software de regulação assistencial cujo intuito é agilizar a troca de informações entre as unidades administrativas e executoras dos serviços de saúde de Minas Gerais, garantindo, assim, melhorias constantes no acesso e atendimento prestado à população (MINAS GERAIS, 2011b).
- Transporte em Saúde: Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS) é uma ação criada pelo Governo de Minas Gerais para garantir à eficiência das redes de atenção a saúde e tem como objetivo garantir o deslocamento do paciente, usuário do SUS para a realização de seus exames e/ou consultas especializadas fora de seu domicílio, através de veículos, tipo microônibus equipados com ar condicionado, TV, DVD, poltronas reclináveis e são monitorados via GPS e um agente de viagem capacitado para repassar as informações necessárias de sua viagem (MINAS GERAIS, 2012b).
- Rede de atenção às urgências e emergências⁶: esta política preconiza que a atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde

⁶ A Política Nacional de Atenção às Urgências teve como marco inicial a Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro 2003, proposta como meio de responder a situação do quadro brasileiro de morbi-mortalidade relativo a todas as urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência, contempladas no Anexo da Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001 – Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências. Os objetivos da Política Nacional são: a) implantar e implementar o processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000, e NOAS-SUS3 01/2002; b) estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros; c) garantir a adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento

as UBS, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares, recuperação e reabilitação (MARQUES, 2011).

- Vida no vale: programa que visa melhorar a qualidade de vida e promover condições para a prosperidade dos 92 municípios pertencente às bacias hidrográficas dos Rios Jequitinhonha, Mucuri e Leste, por meio da universalização dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, através de modelo sustentável (PESTANA; TAVARES JÚNIOR; MENDES, s/d).
- Saneamento básico: programa que visa promover a saúde por meio da implantação, ampliação e melhoria dos sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário (PESTANA; TAVARES JÚNIOR; MENDES, s/d).

Os programas associados e programas especiais também fazem parte do mapa Vida Saudável, como:

Rede Mais Vida⁷: é um projeto prioritário do Governo de Minas Gerais que tem como finalidade melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa. Para tanto, busca oferecer um padrão de excelência nas ações de saúde, de modo que a população tenha longevidade, com independência e autonomia (MINAS GERAIS, 2012c).

Rede Hiperdia⁸: o Programa Hiperdia Minas, estabelecido conforme Resolução SES nº 2606 de 07 de Dezembro de 2010, tem como missão coordenar a estruturação da rede de atenção à saúde da população com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, por meio de um sistema regionalizado e integrado de ações em saúde. Como resultado, espera-se que esse programa possibilite o aumento da longevidade da população mineira, acompanhado da melhoria de sua qualidade de vida, por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por essas patologias (MINAS GERAIS, 2012d).

Farmácia de Minas: consiste na definição de um modelo de assistência farmacêutica no SUS, onde a farmácia é reconhecida como estabelecimento de saúde e referência de

inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção; d) adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplante da população brasileira (MARQUES, 2011).

⁷ As ações do Programa Mais Vida incluem a descentralização da assistência, a organização da rede e a capacitação dos profissionais da APS para a atenção à Saúde do Idoso. Constituindo um ponto de atenção da Rede, serão implantados os Centros de Referência em Atenção Secundária Especializada, denominados Centros Mais Vida (CMV), em todas as macrorregiões do Estado, com recursos do Tesouro Estadual. Estes Centros terão como missão a assistência especializada, por equipe multidisciplinar de saúde, à população idosa frágil, encaminhada pelos profissionais da Rede (MINAS GERAIS, 2012c).

⁸ Em nível de APS, a Rede Hiperdia Minas ancora-se na prática de novas diretrizes clínicas, especialmente pelas equipes da ESF. Elaborou-se uma linha-guia baseada na abordagem populacional dessas condições crônicas, as quais foram estratificadas e, a partir disso, determinou-se toda a organização da assistência, ou seja, as competências da APS, as atribuições dos seus profissionais e a atenção programada a esses usuários. Em nível de Atenção Secundária à Saúde, a Rede Hiperdia Minas tem como uma de suas principais estratégias a implantação de Centros de Atenção Secundária para usuários com essas condições crônicas e maior complexidade, denominados Centros Hiperdia Minas (CHDM) (MINAS GERAIS, 2012d).

serviços farmacêuticos para a população adscrita. Dentro desta perspectiva a Rede Farmácia de Minas é dividida em três componentes: Medicamentos para APS, Medicamentos de Alto Custo e Medicamentos Estratégicos (MINAS GERAIS, 2012e). A figura 1 demonstra a articulação das redes de atenção à saúde em MG.



Figura 1 - Redes de atenção à saúde em Minas Gerais
Fonte: Leles, s/d.

Neste processo, a APS se consolida como o centro de comunicação das redes de atenção à saúde (RAS), funcionando como elemento de ordenamento dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes. Para Mendes (2010), a consolidação deste nível de atenção como reguladora das redes se justifica pelo fato dos sistemas de saúde baseados na APS serem mais adequados, efetivos, eficientes, equitativos e de maior qualidade.

Nesta formulação hierárquica, a APS deveria resolver com pouca tecnologia, a um custo relativamente baixo, cerca de 80 a 90% dos problemas de saúde e os casos de difíceis soluções seriam encaminhados para os níveis de maior complexidade (ALVES, 2006).

Porém, de acordo com Mendes (2009), a APS em Minas Gerais não é resolutive, ao verificar-se um enorme desperdício de recursos, cerca de 100 milhões de reais anuais, devido à alta taxa de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, na casa de 33%. Ainda segundo o autor, um dos indicadores mais robustos para medir a qualidade da APS são as condições sensíveis à atenção ambulatorial, o que leva a concluir que este nível de atenção no Estado ainda não é de qualidade. Fernandes (2003) corrobora a fragilidade na APS

no referido Estado ao relatar o alto gasto do governo com internações que poderiam ser evitáveis com cuidados primários.

Um estudo avaliou as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial em Minas Gerais no período de 1998 a 2004 em que a cobertura de PSF, na média do estado, subiu de 13,8% para 51,6%. Nesse período essas internações evitáveis ou desnecessárias tiveram uma queda de 12,6% (PERPETUO; WONG, 2006).

Este panorama reflete a efetividade da ESF após a sua implantação e expansão da cobertura. Nos anos seguintes, Junqueira (2011) aponta uma contínua queda nas internações por condições sensíveis, graças à prioridade dada à APS no Estado a partir das mudanças significativas nas políticas de saúde.

Segundo o autor, no período de 2007 a 2010, houve queda nas internações hospitalares por desidratação em menores de cinco anos: de 6.810 em 2007 para 2.560 em 2010, queda de 62,4% no período; internações por pneumonias em menores de cinco anos de idade: de 12.426 em 2007 para 6.378 em 2010, queda de 48,7% no período; nascidos vivos com menos de 2.500 gramas: de 21.365 em 2007 para 12.435 em 2010, queda de 41,8% no período; e óbitos em menores de um ano por infecções respiratórias agudas: de 613 em 2007 para 158 em 2010, queda de 74,2% no período (JUNQUEIRA, 2011).

O Ministério da Saúde lançou em janeiro de 2013 o Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS) destacando as notas de cada município, de acordo com o cumprimento dos indicadores de saúde, e os resultados destes indicadores. Quanto às internações por condições sensíveis, o município de Itajubá no período de 2009 a 2011 atingiu uma porcentagem total de 27,1%, ficando abaixo da meta esperada de 28% e assim obteve uma nota 10 (BRASIL, 2013b). Assim, evidenciamos, por meio deste indicador, que o município de Itajubá cumpriu com a meta de redução das internações por condições sensíveis, estipulada para o ano de 2010, demonstrando a efetividade da APS na redução desse indicador.

Outro dado importante para ser analisado refere-se ao estudo de carga global de doenças publicado em 2011 que demonstra a permanência da predominância das condições crônicas no Estado de Minas, numa distribuição da carga de doença de 76,3% por doenças não transmissíveis ou crônicas, 14,9% por condições maternas, perinatais e nutricionais, e 8,8% do valor total por causas externas (ENSP/FIOCRUZ, 2011).

Este quadro situacional demonstra que Minas Gerais vive uma transição epidemiológica singular, denominada de tripla carga de doenças, que envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde

reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física e alimentação inadequada e o forte crescimento das causas externas devido ao problema da violência (FRENK, 2006, apud PESTANA; TAVARES JÚNIOR; MENDES, s/d).

Mendes (2009) aponta que o sistema de saúde operacionalizado no Estado privilegia as condições agudas em relação às condições crônicas. Assim, a situação de tripla carga de doenças não responde bem ao modelo de saúde predominante, sendo necessário reverter este modelo e instituir outro voltado para atenção de doenças crônicas, agudas, com articulação em RAS por meio da coordenação da APS.

Este modelo de atenção às condições crônicas proposto por Mendes exige mudanças na RAS, como a implantação de prontuários eletrônicos, utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências, educação permanente para os profissionais, integração da APS e atenção especializada e inserção dos usuários como centro de atenção à saúde.

Outros problemas de saúde no entender de Minas Gerais (2009b) também são alarmantes no estado como o crescimento da população idosa com previsão para 2025 de 15% da população mineira com mais de 60 anos.

Segundo Mendes (2009), uma população em processo rápido de envelhecimento significa um incremento relativo das condições crônicas, pois elas afetam mais os segmentos de idade avançada. Esse aumento da população idosa reflete a transição epidemiológica que implica em aumento dos custos do sistema público de saúde devido ao aumento das doenças crônicas, o que mostra que o sistema de saúde deve seguir a transição das condições de saúde da população.

Por fim, Minas Gerais (2009a) aponta que não menos importante, há sérios problemas na APS no que tange as relações de trabalho e ao emprego dos profissionais evidenciados pela precarização dos vínculos, alta rotatividade e salários desiguais.

3.2 A IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Diante do diagnóstico de saúde descrito anteriormente, a SES/MG no ano de 2003, como proposta de melhoria da saúde proposto pelo CG, elaborou uma resposta orgânica aos problemas que impedem a efetiva melhoria da APS no Estado que se materializou no PDAPS, considerando na sua elaboração, a ideia de implantar instrumentos para gestão da clínica e

desenvolver RAS em Minas Gerais, com a APS sendo o centro de comunicação (MINAS GERAIS, 2009a).

O objetivo de construir RAS tem como premissa a oferta de APS de forma descentralizada, em todos os municípios, e, por outro lado, a concentração dos serviços de atenção secundária em pólos microrregionais e os serviços de atenção terciária em pólos macrorregionais (PESTANA; TAVARES JÚNIOR; MENDES, s/d).

O PDAPS constitui uma estratégia de educação visando qualificar os processos de trabalho e dos trabalhadores do SUS, inserido no projeto de governo do estado de Minas Gerais, denominado Saúde em Casa que priorizou a APS (MARTINS, 2012).

Ao elaborá-lo procurou-se refletir sobre qual é o papel do governo estadual num campo de responsabilidade que os municípios ainda não conseguiram assumir. Delineiam-se assim as responsabilidades de atuação do Estado, em conjunto com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (MINAS GERAIS, 2004).

O objetivo geral do PDAPS é assessorar as SMS do Estado na reorganização do Sistema Municipal de Saúde, por meio do fortalecimento da APS e da construção de RAS. Os seus objetivos específicos são implantar os instrumentos de normalização da SES/MG para a APS, como o prontuário de saúde da família e as linhas-guia de atenção à saúde e implantar os instrumentos de gestão da clínica, como o diagnóstico e a programação local e municipal, o protocolo de classificação de risco, o contrato de gestão e o sistema de monitoramento (MINAS GERAIS, 2009a).

O objetivo síntese do PDAPS seria reduzir as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial⁹, com meta de 28% em 2010 e entre 16 a 21% para o ano de 2023, melhorando assim a qualidade da APS no Estado (MINAS GERAIS, 2009a).

A operacionalização do PDAPS envolveu a realização de 10 oficinas nas macrorregiões do estado de Minas Gerais. Essas oficinas, num primeiro momento, qualificaram os tutores, que foram os profissionais de saúde e professores das universidades públicas, que replicaram, num segundo momento, as mesmas oficinas nas microrregiões para preparação de facilitadores que foram os profissionais de saúde do setor público dos diversos municípios de Minas Gerais. Os facilitadores tinham como responsabilidades replicar as oficinas locais a todos os funcionários da saúde lotados nos seus respectivos municípios.

⁹As Condições Sensíveis à APS são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária mais eficaz. Embora outros fatores, inclusive os culturais, possam interferir nos indicadores de internação hospitalar, a capacidade dos serviços de atenção primária na prevenção de hospitalizações desnecessárias, tem sido tomada como indicador de qualidade da assistência à saúde (STARFIELD, 2002).

Segundo Leles (s/d) o processo de implantação do PDAPS ocorreu em três fases, sendo:

Fase 1: ocorreu em 2006 no município de Itabira com a validação dos instrumentos e da metodologia. Nesta fase deu início a implantação nos 28 municípios da microrregião de Janaúba/Monte Azul; municípios da microrregião Montes Claros/Bocaiúva e município de Uberlândia, no período de 2006 a 2007.

Fase 2: ocorreu de 2008 a 2009 com a capacitação dos tutores das Universidades de Uberlândia, Juiz de Fora e Montes Claros que replicaram as oficinas aos facilitadores de 484 municípios de nove macrorregiões (Norte, Jequitinhonha, Nordeste, Sudeste, Leste do Sul, Centro Sul, Triângulo Norte, Noroeste e Oeste). Esta fase foi coordenada pela Coordenação municipal, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, CIB-Micro e pelas Gerências Regionais de Saúde.

Fase 3: ocorreu de 2009 a 2010 com a coordenação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG), em parceria com as Universidades Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Alfenas e Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com a capacitação dos facilitadores de 369 municípios pelos professores tutores destas Universidades, nas quatro macrorregiões (Sul, Centro, Leste e Triângulo Sul).

As oficinas ocorreram com momentos de concentração e dispersão. Os momentos de concentração foram para aquisição de conhecimentos e habilidades dos facilitadores municipais e os momentos de dispersão para aplicação prática dos conteúdos assimilados que ocorre no território de responsabilidade da equipe de saúde, visando à reestruturação dos serviços a partir da necessidade local (SILVA et al., 2011).

A carga horária total das oficinas foi de 320 horas, sendo 160 horas dispensadas ao período de concentração e 160 horas ao período de dispersão (MINAS GERAIS, 2009a).

A primeira oficina denominada “*Redes de Atenção à Saúde*” apresentou a proposta do PDAPS, discutiu sobre os fundamentos que dão sustentação a construção de sistemas de RAS, bem como os elementos que a constituem, os modelos de atenção das redes e apresentou o acolhimento na APS por meio do Sistema de Manchester (MINAS GERAIS, 2009a).

A segunda oficina intitulada “*Análise da Atenção Primária no Município*” trouxe informações importantes sobre o alinhamento conceitual da APS e a análise da situação local deste nível de atenção a partir a verificação da efetivação dos princípios da APS, com elaboração do plano de fortalecimento da atenção primária no município (MINAS GERAIS, 2009c).

A terceira oficina denominada “*Diagnóstico Local*” abordou a compreensão das etapas para o diagnóstico local da APS, como a territorialização, o cadastro familiar, o levantamento dos problemas das famílias e a estratificação familiar por grau de risco (MINAS GERAIS, 2009c).

“*Programação local e municipal*” foi o tema abordado pela quarta oficina, com a elaboração da programação de ações por ciclo de vida e patologias crônicas a partir da utilização da agenda da equipe de saúde (MINAS GERAIS, 2009d).

A atenção programada abrange todos os ciclos de vida dos indivíduos/famílias, desde o nascimento até a velhice, e está estruturada a partir das linhas-guia que normalizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à atenção coordenadora da APS (MINAS GERAIS, 2009d).

A quinta oficina “*Acolhimento e classificação de risco*” abordou o acolhimento da demanda espontânea a partir da classificação de risco e também com espaços na agenda da equipe destinados ao atendimento desta demanda (MINAS GERAIS, 2009e).

Segundo o autor, o acolhimento tem como propósito identificar a população residente no território de abrangência, reconhecer e responsabilizar-se pelos problemas de saúde, organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato através da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário.

Para Brasil (2009) o acolhimento com avaliação de risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas.

A classificação de risco em Minas Gerais, a partir da avaliação dos protocolos clínicos existentes e validados internacionalmente, padronizou a utilização do Protocolo de Manchester¹⁰ (MINAS GERAIS, 2009e).

Na sexta oficina foi trabalhada a "Abordagem familiar" a partir de instrumentos como genograma, ciclo de vida familiar, Pratices, Firo e a relação da equipe de saúde com a família (MINAS GERAIS, 2010a).

A abordagem familiar é um dos princípios propostos por Starfield (2002) para a APS e remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e dos seus problemas de saúde.

¹⁰ Este Protocolo tem como base a classificação de risco a partir de determinantes (sinais ou sintomas) e para cada determinante tem-se um fluxograma decisório. O Protocolo classifica em 5 categorias por grau de prioridade (MINAS GERAIS, 2009e).

Ditterich, Gabardo e Moysés (2009) relatam que estas ferramentas são utilizadas para proporcionar um melhor conhecimento das famílias, que também possibilitam a identificação precoce de problemas e permitem a compreensão de como ocorre o processo saúde-doença na estrutura familiar.

Os objetivos da sétima oficina “*Contrato de Gestão*” foram realizar um alinhamento conceitual sobre contrato de gestão, conhecer o contrato do programa Saúde em Casa e discutir com a equipe a elaboração e implantação do contrato de gestão (MINAS GERAIS, 2010b).

O contrato de gestão não possui personalidade jurídica e contribui para que uma das partes envolvidas se comprometa a atingir determinados objetivos institucionais e por outro lado fornece maior autonomia de gestão. Na área da saúde, possui como propósitos: coordenar as atividades, assegurar a cooperação, distribuir os frutos da cooperação e assegurar que os compromissos sejam cumpridos (MINAS GERAIS, 2010b).

O contrato do Saúde em Casa foi estabelecido pela Resolução SES nº 1935 de 08 de julho de 2009 que habilita o município a gozar de todos os benefícios e produtos disponibilizados pelo programa a partir do comprometimento do mesmo em executar as ações conforme pactuação de resultados e o cumprimento de metas específicas para a APS (MINAS GERAIS, 2009f).

Os produtos do Projeto Estruturador Saúde em Casa são: prontuário eletrônico, PDAPS, Programa de Educação Permanente (PEP), Canal Minas Saúde, incentivo financeiro para melhoria da infraestrutura da APS, Saúde Minas Online (serviços de telessaúde), programa de melhoria da Qualidade da APS, veículos de apoio às equipes do PSF e doação de Linhas-Guia de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2010b).

A oitava oficina “*Prontuário de Saúde da Família*” abordou a implantação do prontuário de Saúde da Família incluindo o cadastro e acompanhamento familiar, primeira consulta e consultas subsequentes às crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes, saúde bucal e os instrumentos de avaliação e acompanhamento clínico individual. Também foi discutida nesta oficina a organização e reorganização do fluxo e arquivamento dos prontuários, bem como o prontuário de Saúde da Família versão eletrônica (MINAS GERAIS, 2010c).

“*Monitoramento e melhoria contínua de processos*” foi abordado na nona oficina, com a proposta de melhoria do processo de trabalho, estabelecendo uma padronização nas ações em nível gerencial local e no atendimento prestado diretamente ao paciente e comunidade, com maior poder de resolutividade dos problemas de saúde (ARANTES, 2011).

Para *Associates in Process Improvement* (2008 apud MINAS GERAIS, 2010d), o modelo de melhoria apresenta quatro elementos fundamentais para as mudanças: o estabelecimento de metas específicas e mensuráveis; a escolha de medidas de melhoria que podem ser monitoradas no tempo; as mudanças-chave que resultarão nas melhorias desejadas e uma série de ciclos de mudanças durante as quais as equipes de saúde aprendem.

O ciclo PDCA (em inglês *Plan*: planejar; *Do*: fazer, executar; *Check*: verificar, controlar; *Action*: agir, atuar corretivamente) foi escolhido para gerenciar os processos, constituindo uma ferramenta gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência de uma organização (MINAS GERAIS, 2010d).

A nona oficina analisa o estágio atual da APS no município e estabelece o estágio desejado a ser alcançado no período de um ano, a partir de planos de ação referentes à análise da estrutura física, recursos materiais, recursos tecnológicos e a qualidade e quantidade de recursos humanos (MINAS GERAIS, 2010d).

Assim, após a análise da APS, é possível traçar um plano de ação para a melhoria deste nível de atenção, a partir da identificação de ineficiência de recursos tanto em nível quantitativo quanto qualitativo.

A última oficina, intitulada “*O sistema de Apoio Diagnóstico Laboratorial*” trouxe discussões importantes acerca dos protocolos clínicos dos principais exames laboratoriais da APS, da organização do processo de trabalho relacionados às fases pré-analíticas e pós-analíticas nas unidades de saúde e a programação dos exames laboratoriais relacionados às linhas-guia de pré-natal, hipertensão arterial e diabetes mellitus (MINAS GERAIS, 2010e).

Os exames laboratoriais na APS estão entre os principais e mais utilizados recursos no apoio diagnóstico à prática clínica, o que traz repercussões importantes no cuidado ao paciente e custos ao sistema de saúde. A elevação de tais custos nos últimos 20 anos contribuiu, substancialmente, para a inflação dos custos gerais da assistência à saúde (MINAS GERAIS, 2010e).

Diante do exposto, fica clara a necessidade desta oficina no sentido de programar, a partir de protocolos clínicos, a assistência laboratorial solicitada ao usuário, principalmente aquela relacionada ao controle de patologias crônicas e o acompanhamento de pré-natal. Lembrando que não se trata de restringir a solicitação de exames, mas sim de solicitá-los de acordo com a necessidade do paciente, com justificativa baseada em protocolos clínicos.

Segundo Costa et al. (2011) as oficinas exigiam produtos a serem alcançados pela equipe de profissionais de saúde de cada município, com envolvimento de gestores

municipais e da comunidade. Os produtos relacionavam-se com a implantação de novos instrumentos visando organizar a APS e melhorar a assistência à saúde nos municípios.

Após o repasse das oficinas, era procedida a elaboração dos produtos pertinentes ao tema abordado, como também a implementação das ações propostas nesta atividade. Todas as atividades propostas nas oficinas, além dos produtos elaborados, eram repassados ao Conselho Municipal de Saúde.

A operacionalização do PDAPS em Itajubá/MG ocorreu no período de maio de 2009 a dezembro de 2010, com a realização de 10 oficinas no período de concentração, juntamente com os demais profissionais dos 15 municípios pertencentes à microrregião de Itajubá.

Nesta primeira etapa, os facilitadores foram qualificados pelos tutores professores da UNIFAL/MG, juntamente com os facilitadores da microrregião, totalizando 160 horas.

Após a realização das oficinas de concentração, os facilitadores replicaram as oficinas para todos os profissionais da APS, de acordo com o planejamento realizado entre as enfermeiras das unidades e a coordenadora municipal do PDAPS, totalizando 160 horas.

Inicialmente, as oficinas de concentração começaram com 14 facilitadores, sendo 13 enfermeiros e 1 (um) farmacêutico, porém, terminaram com 4 (quatro) facilitadores enfermeiros. Os facilitadores que desistiram participaram como ouvintes nas oficinas repassadas pelos 4 (quatro) facilitadores, juntamente com os demais profissionais e posteriormente ficaram responsáveis por gerenciar a implantação do PDAPS nas unidades sob sua gerência, exceto o facilitador farmacêutico.

A predominância dos enfermeiros como facilitadores do PDAPS reflete o perfil do enfermeiro da atenção primária, ao assumir cargos de gerenciamento nas equipes e responsabilidades na implantação de programas e serviços de saúde e estar à frente das inovações na saúde pública.

Este panorama esclarece, em parte, a relevância deste estudo para o enfermeiro, ao verificar que este profissional foi o grande responsável por gerenciar a implementação do PDAPS nas unidades de saúde. Este fato também elucida a escolha deste profissional como sujeito de pesquisa deste estudo.

As causas que motivaram a desistência da maioria dos facilitadores na implantação do PDAPS em Itajubá/MG não foram objeto de investigação deste estudo, porém, constitui um aspecto relevante para futuras investigações científicas que possam oferecer resultados importantes para complementar o nosso estudo e compreender outros aspectos da implantação deste plano no referido município.

Os enfermeiros facilitadores ficaram responsáveis por encaminhar ao coordenador municipal do PDAPS os produtos realizados pelas equipes e o coordenador ficou responsável por encaminhar esses produtos ao tutor da UNIFAL/MG.

Em suma, a estratégia educacional elaborada pelo PDAPS teve como objetivo aportar qualidade à APS em Minas Gerais através de diretrizes e protocolos propostos, numa ação cooperativa entre a SES/MG e as SMS, obtendo seu reconhecimento em maio de 2009, quando o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) adota o PDAPS como modelo para elaboração do manual denominado Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados¹¹ (MARTINS, 2012).

¹¹ Este manual está disponível em: http://www.conass.org.br/publicacoes/caderno_oficina_aps.pdf.

4 REFERENCIAL CONCEITUAL

"A teoria ajuda-nos a suportar a nossa ignorância dos factos"
(SANTAYANA, s/d).

4.1 NOVA ECONOMIA INSTITUCIONAL

A Nova Economia Institucional (NEI) surgiu a partir de críticas ao tratamento inadequado dado pela teoria neoclássica à compreensão do funcionamento dos mercados e firmas. Assim, ela propõe-se a oferecer uma nova concepção sobre a atuação dos mesmos, enfatizando sua interação com o arranjo institucional, devido à incapacidade da teoria neoclássica em valorizar o papel preponderante das instituições no funcionamento dos mercados. A teoria neoclássica era caracterizada por uma função de “produção tecnologicamente construída em que a sua eficiência estaria limitada por questões tecnológicas (economia de escala e escopo) ou pela realização de transações diferentes em uma dada estrutura de governança (mercado ou firma)” (WIEMER, 2011).

Para Filho (2006), a teoria neoclássica estabeleceu, ao longo de décadas, a tradição de compreender a firma como um mero agente maximizador de lucro, desprovido de outro interesse que não o de obter o maior excedente possível dada às expectativas dos agentes e as condições que prevaleçam no mercado.

Apesar das críticas à teoria neoclássica, Filho (2006) esclarece que a NEI "fornece uma vasta e profícua contribuição para a teoria da firma, sem, contudo constituir uma ruptura em relação à tradição neoclássica, configurando antes o aprimoramento desta".

Nas décadas de 70 e 80, Davis e North (1971;1981), Alchian e Demsetz (1972), Williamson (1971, 1975, 1976, 1979), Klein, Crawford e Alchian (1978) e Simon (1985) aprofundaram seus estudos, levando a consolidação da NEI enquanto programa de pesquisa na década de 70 (WIEMER, 2010).

Para Williamson (1986), a eficiência nas organizações ocupa papel de destaque, embora rejeite a concepção tradicional que entende esse conceito como uma mera questão

quantitativa, destacando a importância da capacidade evolutiva das instituições, na direção de um arranjo mais eficiente para o emprego mais efetivo de recursos na sociedade.

Nesta perspectiva compreendemos a aplicação da NEI nas instituições públicas, na medida em que estas não objetivam a lucratividade na prestação de serviços, mas sim o emprego eficiente de recursos para ofertar à sociedade serviços de qualidade, nos mais variados setores, como saúde, educação, transporte, segurança, dentre outros.

Ronald Coase, precursor de Williamson, reforça as críticas aos neoclássicos ao destacar que enquanto a teoria ortodoxa explicava o mercado a partir do mecanismo de preços no qual a firma era uma coleção de transformações tecnológicas (função produção- *input* - processamento-*output*), a firma fazia muito mais que transformar insumos em produtos, uma vez que coordenava as ações dos agentes econômicos. Assim, tanto a firma como o mercado concorriam entre si na função de coordenar a atividade econômica. O exercício dessa função implicava num custo proveniente da coleta de informações, da elaboração, da redação, da negociação e do estabelecimento de um contrato que representasse as transações (SANTOS, s/d).

Breitenbach e Silva (2010) apontam que a NEI se apresenta como uma perspectiva teórica contemporânea em análise organizacional e busca responder a questão: “*por que as organizações existem?*” As respostas são formuladas a partir da construção de uma ligação entre as perspectivas econômicas e sociológicas. Do ponto de vista econômico, almeja-se determinar a alocação ótima dos recursos, dado certo conjunto de organizações econômicas - em geral família, firma e mercado -, já a perspectiva sociológica busca identificar qual a melhor forma de organização das transações econômicas, cuja configuração altera as condições iniciais para a alocação de recursos.

Para Silva Filho (2006) essa questão Coasiana se deve à crítica de Coase à limitada compreensão que a teoria neoclássica tem da firma, que a relega a ser um mero agente maximizador de lucro, desprovido de outro interesse que não o de obter o maior excedente possível, tendo em vista as expectativas dos agentes e as condições que prevaleçam no mercado.

Refletindo sobre a análise do ambiente institucional nas organizações proposta pela NEI, nos questionamos sobre qual é a melhor organização no ambiente de trabalho das equipes de saúde para se obter um atendimento de excelência e resultados positivos na saúde da comunidade? Até que ponto a organização do ambiente institucional influencia na qualidade dos serviços prestados à população? Quais as prioridades neste ambiente organizacional para promover um serviço de saúde eficiente?

Neste caminhar, é necessário antes de tudo compreender a definição, as classificações e concepções de instituições.

Para Scott (1995), as instituições consistem em estruturas cognitivas, regulativas e normativas e suas atividades fornecem estabilidade e significado para o comportamento social. Existem três componentes vitais das instituições que são o sistema regulativo, normativo e cognitivo cuja interdependência reforça a estrutura de poder social.

O sistema regulativo estabelece normas, valores e objetivos que constituem imposições que limitam o comportamento social, porém também autorizam e habilitam a ação social. Conferem direitos, responsabilidades, privilégios, deveres, licenças e mandados. Assim, a base de legitimação organizacional é a conformidade às exigências legais (SANTOS, s/d).

A concepção normativa ressalta a base moral para a configuração da legitimidade. Enfatiza as obrigações morais que podem conter ações que se distanciam das exigências legais (SCOTT, 1995). Nesta concepção, os valores e as normas são incorporados ao cotidiano tornando-se uma obrigação ou comportamentos moralmente governados devido ao seu uso cotidiano e repetitivo.

Na concepção cognitiva, ocorre o compartilhamento da realidade, no qual se utiliza aspectos simbólicos das ações, resultantes das interpretações e conseqüentes representações que os indivíduos fazem do ambiente (FONSECA, 2003).

No campo da classificação das instituições, North (1991) as classifica como: formais e informais. A primeira consiste de normas formais, ou seja, leis da sociedade. Já as instituições informais são constituídas por tradições e costumes da sociedade, sendo a religião uma das mais importantes. Para Barcelos (2003) instituições informais influenciam instituições formais (exemplo: qualquer costume nacional se transforma em lei); por outro lado, instituições formais influenciam e se relacionam com instituições informais (exemplo: uma lei se transforma em costume, como a lei que obriga o uso de cinto de segurança). Instituições formais e informais diferem por diversos motivos: instituições formais mudam em menor espaço de tempo, precisam da ação coerciva do Estado para serem observadas; instituições informais, por sua vez, não necessitam de ação coerciva do Estado, pois dependem das crenças dos seus seguidores (no caso, a sociedade), por exemplo, quando alguém desrespeita uma norma adotada por todos, o infrator recebe uma sanção social. Ainda, crenças não mudam em espaços de tempos curtos, pelo contrário, demoram muito tempo para se consolidarem.

Outro diferencial da NEI segundo Breitenbach e Silva (2010), em se tratando de instituições, é o fato da mesma considerar a presença também de regras informais, como sanções, tabus, costumes, tradições e códigos de conduta num ambiente institucional formal, além das regras formais como leis, direito de propriedade, contratos etc.

Para McCubbins e Sullivan (1987 apud Pilatti 2006), as instituições afetam o comportamento dos atores, condicionam suas ações e suas expectativas sobre as ações de outros atores, de modo a induzi-los a adotar comportamentos estratégicos, de forma que as características institucionais das dinâmicas decisórias têm impacto significativo sobre o conteúdo das decisões.

As organizações de saúde, por meio de seus profissionais, têm influência direta no comportamento dos indivíduos, ao estabelecerem normas de conduta e de comportamento que visam à melhoria da saúde e da qualidade de vida dos mesmos. Por outro lado, o Estado por meio de políticas, programas e planos de saúde também influencia diretamente no processo de trabalho destas organizações, por ter o dever constitucional de promover a saúde da população. Podemos considerar neste sentido, o PDAPS como um plano político instituído com o objetivo de melhorar a qualidade da APS a partir de um conjunto de ações impostas pelo governo de Minas para serem efetivadas pelos serviços de saúde no âmbito primário.

Por fim, o estudo das instituições objetiva reduzir ao máximo as incertezas decorrentes das relações entre os agentes, de maneira que o resultado proveniente seja o mais eficiente possível. Por isso, contratos são usados como forma de normatizar a conduta dos interessados.

Azevedo (2000) apresenta a NEI em dois níveis analíticos. O ambiente institucional, que contempla as macroinstituições, e constitui a base das interações entre os seres humanos; e as estruturas de governança, que contemplam as microinstituições e regulam uma transação¹² específica. No nível microinstitucional está o braço da NEI, denominado Economia dos Custos de Transação (ECT), estruturado por Oliver Williamson; e no nível macroinstitucional, o braço da NEI que se ocupa do ambiente institucional, estruturado por Douglas North.

O ambiente institucional com enfoque macroanalítico trabalha com variáveis relacionadas com legislação, política e instituições que formam e estruturam os aparatos regimentais de uma sociedade (FARINA; AZEVEDO; SAES, 1997).

Já a corrente das instituições de governança com enfoque microanalítico, busca identificar como as diferentes estruturas de governança lidam com os custos de transação

¹² De acordo com Williamson (1985, p. 1) uma transação ocorre quando "um bem ou serviço é transferido através de uma interface tecnologicamente separável", ou seja, mediante um contrato firma-se uma relação entre partes, a envolver compromissos recíprocos aos seus participantes.

obtendo níveis distintos de eficiência nas transações realizadas. Assim, a corrente das instituições de governança trabalha com temas relacionados às organizações da firma e do mercado e com os contratos (FARINA; AZEVEDO; SAES, 1997).

Em suma, a NEI traz consigo um posicionamento teórico específico e determinante. Privilegia a atitude racional nas escolhas individuais e atribui à cooperação e à coordenação as origens das instituições, ainda que essa cooperação seja alcançada para prevenir conflitos (MENDES; FIGUEIREDO; MICHELS, 2009). Para Breitenbach e Silva (2010), é utilizada por muitos pesquisadores com o argumento de ser mais eficiente que teorias econômicas tradicionais, ao considerar fatores até então negligenciados, especialmente no que se refere ao comportamento dos indivíduos/agentes.

4.2 TEORIA DO CUSTO DE TRANSAÇÃO

A teoria do custo de transação foi originalmente concebida por Ronald Coase, que, em 1937, publicou o artigo “*The Nature of the Firm*” na revista *Economica*. Na ocasião, havia menções somente aos custos do sistema produtivo das firmas. Assim, segundo Kupfer e Hasenclever (2002, p. 268), Coase “deu início ao estudo das condições sob as quais os custos de transação deixam de ser desprezíveis e passam a ser um elemento importante nas decisões dos agentes econômicos”, como forma estratégica de nortear a alocação dos recursos aos negócios do mercado.

Ao retomar as idéias de Coase, Williamson (1998), passou a defender que existiam, além de custos tradicionais de produção, outros denominados de custos de transação. Para o autor, custo de transação são os “custos relacionados ao planejamento, adaptação e monitoramento da execução de diferentes ações em diferentes estruturas de governança”.

Segundo Spino (1999), custos de transação decorrem da interação entre os indivíduos. Nesta interação podemos ter uma série de ações, como: a) mensuração do que está sendo trocado, seja um produto ou um serviço; b) checagem das informações sobre o que está sendo negociado; c) observação dos direitos e deveres; d) estabelecimento de um contrato entre as partes. Assim, cada ação desta pode gerar custos. Se for estipulado um contrato, é necessário o monitoramento das ações acordadas.

A partir da definição de Spino podemos visualizar a presença de custos de transação na interação entre os envolvidos - tutor, facilitador, gestor, prefeito, profissionais de saúde e

comunidade - na implantação do PDAPS, na medida em que houve prestação de serviços de saúde, monitoramento das ações propostas pelo plano, determinação de deveres e direitos aos profissionais (como direito de organizar a demanda espontânea nas unidades e dever de promover um atendimento de qualidade) e a comunidade (como direito de ser assistida integralmente a partir de instrumentos como gestão de caso) e estabelecimento de contratos de gestão entre o Estado e as SMS e entre as SMS e as unidades de saúde.

Williamson (1998); Vatn (2001) dividem os custos de transação em *custos transacionais ex-ante* (desenho), que são os custos de reunir informações necessárias para propor um programa ou uma política a ser implementada, as dificuldades de concepção do programa, de definição dos seus indicadores, de caracterização das suas formas de operação, de definição dos recursos e do fluxo de recursos envolvido para o pleno desempenho das funções preconizadas no programa; *custos transacionais durante* (implementação) que são os custos relacionados à gestão do programa, incluindo a liberação dos recursos, a negociação e coordenação com os parceiros e mudanças conjunturais que podem ter afetado a gestão e o processo de tomada de decisão, a contratação e demais aspectos relacionados à implementação desta política; e *custos transacionais ex-post* (monitoramento e avaliação) que são os custos relacionados ao monitoramento e avaliação da política, de forma tal a se assegurar que é possível identificar e aferir as atividades, os produtos e os resultados do programa, a definição e participação nas arenas para discussão, a revisão dos problemas de concepção que possam ter ocorrido, os custos de supervisão que garantam a implementação dos acordos firmados e da programação previamente definidas.

Esta teoria é sustentada por dois pressupostos básicos: a racionalidade limitada dos agentes econômicos e o oportunismo presente nas ações dos agentes econômicos. Tais pressupostos a respeito da competência cognitiva dos agentes econômicos e das suas motivações implicam o surgimento de custo de transação (FAGUNDES, s/d).

A racionalidade limitada implica que o agente é intencionalmente racional, mas apresenta limites de obtenção e processamento das informações, e que Williamson (1986) chama de racionalidade *semi-forte*. Nesse caso, o agente econômico é incapaz de ponderar todas as alternativas (e suas consequências) de decisões possíveis. Pode-se dizer que a racionalidade limitada é característica intrínseca da natureza humana. Ela não é alterada e não leva em consideração nem o ambiente onde o agente se encontra e nem seu grau de aprendizado: a capacidade do agente é limitada, em quaisquer circunstâncias.

Para Wiemer (2010) a racionalidade limitada esta relacionada com a incapacidade dos agentes econômicos de prever e processar todas as contingências devido às limitações cognitivas, fazendo com que os contratos estabelecidos entre as partes sejam incompletos.

Embora os agentes sejam racionalmente limitados, Felipe (s/d) aponta que os mesmos são capazes de criar as instituições (complexas) exatamente adequadas para diminuição das falhas a fim de reduzir os custos de transação que podem (ou poderão) estar envolvidos nos processos de negociação no presente e no futuro.

O oportunismo é definido por Williamson (1985) como a busca do interesse próprio com malícia, decorre da presença de assimetrias de informação, dando origem a problemas de risco moral¹³ e seleção adversa¹⁴. A emergência potencial de oportunismo *ex-ante* e *ex-post*, isto é, de ações que, através de uma manipulação ou ocultamento de intenções e/ou informações, buscam auferir lucros que alterem a configuração inicial do contrato, pode gerar conflitos no âmbito das relações contratuais que regem as transações entre os agentes econômicos nos mercados.

Para Williamson (1998) a maneira de atenuar o oportunismo *ex-post* se dá por meio da escolha *ex-ante* da estrutura de governança, estratégia considerada fundamental para TCT.

A estrutura de governança¹⁵ tem como função reduzir os CT e garantir a continuidade do contrato e o cumprimento do que foi acordado. Tal estrutura pode assumir a forma de mercado, híbrida e hierarquia¹⁶ (BORTOLOTTI, 2008).

A estrutura de mercado possui um controle menor sobre o comportamento dos indivíduos e o sistema de ajustes nas transações é via preço. Já a estrutura híbrida constitui numa forma de coordenação dos indivíduos por meio de sistema de incentivo e contratos que permitem o controle da racionalidade limitada e do comportamento oportunista. E por fim a estrutura hierárquica que ocorre quando se tem a internalização total das atividades em uma organização (WILLIAMSON, 1985).

¹³ Risco moral refere-se àquelas situações onde um participante do mercado não pode observar as ações do outro, de modo que esse último pode tentar maximizar sua utilidade valendo-se de falhas ou omissões contratuais (KOTOWITZ, 1987 apud FAGUNDES, s/d).

¹⁴ Seleção adversa surge como função do fato de alguns agentes econômicos deterem informação privada antes de se decidirem pela realização de um contrato com um outro agente, sendo que tal informação é do interesse desse agente (MILGRON, P.; ROBERTS, J., 1992; WILSON, C., 1997, AKERLOF, G., 1970 apud FAGUNDES, s/d).

¹⁵ Calmon (2005) define estrutura de governança como “o conjunto de regras formais e informais que regem a ação de um determinado grupo”.

¹⁶ O mercado relaciona-se com as transações facilmente codificadas devido a baixa especificidade do ativo. Assim, os fornecedores se alinham facilmente às especificações dos vendedores. Neste caso, a complexidade da troca de informações é relativamente baixa, e os custos de mudanças para novos parceiros são baixos para ambas as partes (GEREFFI; HUMPHREY; STURGEON, 2005). Já a hierarquia “é caracterizada pela integração vertical. A forma dominante de governança é o controle gerencial, que flui de gestores para os subordinados, ou da sede para as filiais e afiliadas (GEREFFI; HUMPHREY; STURGEON, 2005, p. 84)”. As formas híbridas baseiam-se na existência de contratos complexos entre firmas localizadas em níveis sucessivos da cadeia produtiva, como redes de franquias (SANTOS, s/d).

Além dos dois pressupostos comportamentais expostos anteriormente, a TCT considera ainda três dimensões nas transações: a incerteza, a frequência e a especificidade dos ativos.

A incerteza é uma característica das transações e se refere aos efeitos não previsíveis, não passíveis de terem uma função de probabilidade conhecida a eles associada (ZYLBERZSTAJN, 2000).

Para Bortolotti (2008) quanto maior a incerteza de eventos futuros, maior a necessidade de uma estrutura hierárquica e quanto menor a incerteza maior a probabilidade de se ter uma estrutura de mercado para as transações dos atores. Assim, o nível de incerteza presente nas transações constitui um fator determinante para a escolha da estrutura de governança.

A frequência está relacionada com o número de vezes que dois agentes realizam determinada transação, que pode ocorrer uma única vez ou por várias vezes (ZYLBERZSTAJN, 2000).

Williamson (1985) relata que a frequência interfere nos custos de negociar, elaborar e monitorar contratos. Os custos relativos aos contratos diminuem na medida em que a frequência aumenta, o que também contribui para o aumento dos incentivos para a construção de uma reputação positiva pelos agentes. Ainda segundo Farina, Azevedo e Saes (1997) quanto maior a frequência de uma transação maior o valor presente de ganhos futuros.

Ativos específicos são aqueles que não são reempregáveis a não ser com perda de valor. Quanto maior a especificidade, maiores serão os riscos e problemas de adaptação e, portanto, maiores os custos de transação. Essa característica revela a magnitude de seu valor e é dependente da continuidade da transação da qual ele é específico (FARINA; AZEVEDO; SAES, 1997).

A especificidade dos ativos, segundo (Williamson 1989 apud Zylberzstajn, 2000, p.5), pode ser definida como "perda de valor dos ativos envolvidos em determinada transação devido a sua não realização ou pelo rompimento contratual".

Sabendo da relação direta que existe entre a especificidade de um ativo e a possibilidade de ocorrência de custo de transação, torna-se relevante conhecer as suas classificações, identificadas por Smorigo (1999).

1) especificidade locacional - firmas pertencentes a uma mesma cadeia de produção localizadas próximas umas das outras, propiciando economia de despesas com transporte e armazenagem.

2) especificidade de ativo temporal - investimentos realizados para garantia de um ganho no tempo em que se processa a transação, ou seja, quando um ativo pode apresentar uma redução de valor de mercado, caso não seja processado ou comercializado dentro de certo período de tempo.

3) especificidade de ativo físico – relaciona-se às características físicas de um determinado produto cujo uso é específico.

4) especificidade humana - refere-se aos investimentos realizados na capacitação humana mediante cursos formais ou por meio de experiência e capacidade profissional adquirida e acumulada em certas atividades, cuja aplicabilidade em outra empresa ou atividade é bastante limitada.

5) especificidade de marca - refere-se aos investimentos materializados na marca de um produto ou empresa.

6) especificidade de ativo dedicado - está relacionado ao capital investido em ativos irrecuperáveis, de tal forma que a expansão da capacidade produtiva acaba sendo direcionada unicamente para atender determinada demanda, implicando ociosidade, caso haja interrupção da relação.

Analisando as políticas públicas em saúde, mais especificamente a atenção primária, a especificidade do ativo locacional pode ser compreendida ao analisar a construção de redes integradas de saúde, com o objetivo de facilitar as transações entre os níveis primário, secundário e terciário, fornecendo assim uma logística capaz de facilitar o acesso rápido e integrado dos indivíduos aos diversos níveis de atenção à saúde; a especificidade de ativo temporal é percebida no investimento feito pelo governo de Minas na implantação do protocolo de classificação de risco, de forma que este agilize o atendimento daqueles pacientes em situação de risco eminente de morte; já no âmbito da especificidade de ativo físico, podemos analisar o investimento do governo de Minas com o prontuário eletrônico que é um produto específico para facilitar o acesso de todos os profissionais envolvidos na gestão de caso do cliente, porém, corre o risco de ficar arcaico e perder recurso, já que o programa não permite ser aplicado com outra finalidade; a capacitação do PDAPS é um exemplo de especificidade de ativo humano, visto que foram investidos cerca de R\$ 4 milhões em capacitação e treinamento de pessoal visando a sua implementação e alcance de resultados positivos; o investimento com o PDAPS também pode ser analisado como especificidade de ativo dedicado, uma vez que com o desligamento do profissional do serviço de saúde, haverá uma perda de recurso, pois o investimento feito com a sua capacitação será irrecuperável e o novo profissional a ocupar o seu cargo poderá não ter participado desta capacitação.

4.2.1 Custos transacionais no setor público

A administração pública compreende a sua estrutura e suas atividades e a noção geral de Estado, sobre o qual repousa toda a concepção moderna de organização e funcionamento dos serviços públicos. O Estado é constituído por três elementos originários e indissociáveis: povo, território e governo soberano. O povo é o componente humano do Estado. O território consiste na sua estrutura física. O governo soberano é o responsável pela direção do Estado e exerce o comando superior, a autodeterminação e a auto-organização emanadas do povo. Assim, não há Estado sem soberania, para conduzir a livre vontade de seu povo. A vontade estatal manifesta-se por intermédio dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, independentes e harmônicos entre si, todos legitimados pelo próprio povo, para a organização da administração pública (MEIRELLES, 2001).

Administração, de acordo com Meirelles (2001), é a atividade concreta do Estado, com o objetivo de satisfazer as necessidades coletivas de forma direta e imediata. Possui o poder de organizar e reorganizar os serviços públicos, de lotar e relotar servidores, de criar e extinguir cargos.

Ainda segundo Meirelles, compete ao governante a missão de equilibrar os limitados recursos orçamentários do Estado, para poder fornecer qualidade e constância na oferta de serviços públicos. Nesse sentido, a atribuição primordial do governante é garantir resultados factíveis aos seus administrados, não se justificando sua presença senão para atender aos anseios da coletividade.

No setor da saúde, o Estado tem o dever de garantir saúde de qualidade ao povo.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.33).

No artigo 197 da Constituição Federal, as ações e serviços de saúde, constituem de relevância pública, "cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado" (BRASIL, 1988).

Assim, compete ao Estado garantir, fiscalizar, regulamentar e controlar as ações e serviços de saúde pública, visando não obter lucro, mas sim garantir à população um serviço

de saúde de qualidade, que venha de encontro com as necessidades da mesma. Para isso, o Estado se organiza a partir de estruturas de governança.

As estruturas de governança encontradas no setor público são tradicionalmente mais próximas a hierárquicas, visto que possui estrutura física, administrativa, corpo técnico e formas de contratação reguladas pela legislação nacional, para bem ofertar os serviços públicos, desde a sua concepção até a disponibilização ao consumidor final (BATALHA; SILVA, 2001).

Segundo Dixit (2002), o objetivo das estruturas de governança no âmbito público é de criar sistemas de incentivo aos atores relevantes neste processo para aperfeiçoar a implementação e execução de políticas públicas.

A organização dos serviços de saúde pública é feita a partir de estrutura hierárquica, como descreve o próprio artigo 198 da Constituição Federal ao considerar que "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único" (BRASIL, 1988).

Nos serviços de saúde lotados na atenção primária, observamos a presença de estrutura de governança hierárquica, uma vez que estes possuem estrutura física, administrativa e corpo técnico e uma hierarquia de funções e subordinações com controle gerencial pelo prefeito, gestor de saúde, coordenação da atenção básica, enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, ACS e agente de endemia, em ordem decrescente. Porém, pouco se percebe nestes serviços regidos pela estrutura hierárquica a presença de sistemas de incentivos, conforme descrito por Dixit, o que pode elevar ainda mais os custos de transação nestes serviços.

A estrutura híbrida é comumente estabelecida quando existe a necessidade de contratação de serviços terceirizados, pela via contratual, para a prestação de atividades-meio, as quais são reconhecidas como aquelas que não representam ação finalística do Estado, tais como educação e segurança pública, mas atividades de manutenção da máquina administrativa, como serviços de copa, limpeza, segurança corporativa e jardinagem. As governanças contratuais de mercado (*spot*) não são comuns no setor público, cuja estrutura consiste em sistema rígido e que permite a complementaridade restrita por parte de terceiros e/ou particulares.

Mais uma vez, analisando o setor público de saúde podemos encontrar a presença de estrutura híbrida, ao permitir a participação na saúde do setor privado, por meio de convênios e contratos, como descreve o artigo 199 da Constituição Federal:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988, p.34).

Na atenção primária a estrutura híbrida se faz presente ao considerar a contratação de serviços terceirizados, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde, que através da Programação Pactuada Integrada municipal permite aos gestores municipais estabelecer parcerias com o setor privado referenciando seus atendimentos da atenção secundária e terciária, nos casos de municípios de pequeno porte que não possuem estes níveis de atenção.

A literatura tem evoluído nos estudos sobre os processos de formulação e implementação de políticas no âmbito governamental. Vianna (1996) identifica vários estudos que indicam os estágios de desenvolvimento das políticas, como: (a) determinação da agenda, isto é, definição do(s) problema(s) que se tornam objeto de política pública; (b) formulação e legitimação da política (seleção de propostas, construção de apoio político, formalização das decisões em documentos como leis, decretos, programas, planos, portarias etc); (c) implementação das políticas (operacionalização em planos, programas e projetos no âmbito da burocracia e sua execução); (d) avaliação de políticas (análise dos resultados alcançados com a implementação, impactos e sugestões de mudanças).

Assim, no desenvolvimento das políticas públicas podemos considerar a presença de CT durante todo este processo, visto que segundo Santos (s/d), estes custos estão presentes na medida em que os agentes ao se relacionarem entre si gerando problemas de coordenação quanto às suas ações. Vale ressaltar que Williansom (1998) já descrevia que os CT são “custos relacionados ao planejamento, adaptação e monitoramento da execução de diferentes ações em diferentes estruturas de governança”.

No âmbito da saúde, Calmon e Pedroso (2008) descrevem que na gestão dos programas do Ministério da Saúde ocorre interação entre os subsistemas das políticas de saúde e o da gestão de política orçamentária surgindo assim uma estrutura de governança, na qual ocorre uma série de relações que podem ser caracterizadas como de “natureza contratual”, sendo que o desenho, a implementação, o monitoramento e a avaliação desses programas, nesse nexo de contratos, resultariam em custos transacionais.

Peres (2007) reforça a presença de custos de transação no setor público na medida em que estes estão relacionados à criação, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas a partir da interação dos atores: poder executivo, poder legislativo, burocracia e

sociedade civil (PERES, 2007). Nestas transações, segundo Horn (1995) estão presentes vários custos transacionais:

- a) Custo de transação associado ao tempo e esforço gastos pelos políticos na busca de acordo sobre determinada política pública;
- b) Custo de transação relacionado ao fato de que a duração dos benefícios propostos por uma política pública é afetada por problemas de compromisso de longo prazo, em função da maior e menor habilidade dos legisladores em alterar, emendar e substituir regras e leis, levando a uma incerteza política;
- c) Custo político de transação em que não é possível garantir à sociedade civil a durabilidade dos benefícios de uma política pública;
- d) Custo de agência relacionado ao fato de que o poder executivo, legislativo, burocracia e sociedade civil não possuem o mesmo entendimento e motivação para acompanhar a execução de políticas, de modo que seus benefícios podem não se concretizar;
- e) Custo de monitoramento da burocracia fundamentada no fato que na administração, seja pública ou privada, é difícil de supervisionar e controlar o comportamento do agente;
- f) Custo de transação relacionado com a falta de clareza, por parte da sociedade civil, a respeito dos benefícios privados ou custos associados à política pública.

Segundo Calmon (2005) o aumento de custos transacionais nas políticas públicas se deve à natureza multifuncional das políticas e dos programas sociais e à variedade de atores envolvidos nas etapas de design, elaboração, implementação e avaliação destas políticas. Esta elevação nos custos transacionais também ocorre devido o fato de que as ações podem ocorrer em momentos distintos, terem naturezas diversas ou envolver investimentos que não podem ser reversíveis ou transformados em outros investimentos.

Ainda segundo o autor são escassos os estudos que analisam políticas públicas sob a ótica dos custos transacionais econômicos e que busquem mensurá-los.

Zylberstajn (2000) destaca que as limitações ao desenvolvimento de uma metodologia de mensuração decorrem das dimensões distintas das transações, como: a dimensão *ex-ante* ou *ex-post*, e a existência de custos transacionais políticos, gerenciais e de mercado e a complexidade dos mecanismos de governança e as múltiplas dimensões das transações.

Para Calmon (2005), analisar políticas públicas e programas governamentais utilizando a teoria de custos transacionais e de estrutura de governança é algo ainda novo e que se mostra bastante complexo. Mas, segundo o autor, apesar da complexidade da aplicação

da teoria dos custos transacionais na área pública, a partir da década de 80, ocorreu um aumento do número de estudos desta temática em políticas públicas.

Peres (2007) elaborou o Quadro 2 a partir de estudos com base em Horn, Frant e Dixit, o qual demonstra os CT e a governança no setor público.

Custos de transação	Tempo de negociação entre atores; custo de agência–supervisão dos agentes; problemas de compromisso de longo prazo – oportunismo político
Atores	Pode Executivo, Poder Legislativo, burocracia e sociedade civil
Características	Multiplicidade de principais e tarefas, reduzida competitividade e complexidade na motivação dos agentes
Incentivos e Estruturas de Governança	Estruturas de governança hierárquica onde incentivos internos são fracos e há complexidade para coordenação e motivação dos agentes em função de características da burocracia estatal e da reduzida competitividade do setor público. A possibilidade de reeleição pode significar um incentivo forte para os executivos nas organizações públicas, induzindo ao oportunismo político.

Quadro 2 – Custos de transação e governança no setor público
Fonte: Peres, 2007.

McCann et. al. (2005) apontam que a mensuração dos custos transacionais em políticas públicas permite melhorar as comparações e a separação entre instrumentos de política diversos, o *design* e a implementação das políticas para o alcance de objetivos particulares, e a maneira de avaliar as políticas de modo a elevar sua efetividade e estimar os impactos das políticas no orçamento sobre seu ciclo de vida.

Os autores ainda destacam que a utilização da teoria dos custos transacionais é uma ótima escolha para o desenho de instrumentos das políticas públicas e salienta a importância de incorporar essa natureza de análise às estas políticas, algo que muitas vezes não é levado em consideração pelas análises tradicionais. Esta dificuldade em realizar uma análise sob a ótica dos custos transacionais econômicos se deve pela sua definição e seu arcabouço teórico ainda serem bastante difusos e dado que operacionalizar sua mensuração é uma tarefa árdua.

Entende-se que a origem dos estudos acerca dos custos de transação estava voltada para análise do funcionamento das firmas, das diferenças de estruturas de governança como forma de atenuar os custos de transação e da análise dos custos de se utilizar o mercado em um sistema econômico, porém, os estudos e aplicações desta temática avançaram para outras áreas do conhecimento, visando não mais promover a lucratividade nas instituições, mas também a melhor forma de se obter efetividade nas organizações.

Compreende-se que a pós-graduação no nível de *stritu sensu* está voltada para o desenvolvimento e produção de novos conhecimentos, não apenas a reprodução e/ou reafirmação destes, constituindo assim o nosso estudo uma forma de produzir novos conhecimentos e ampliar a aplicação teórica da NEI e da teoria do custo de transação a outros campos da ciência.

Silva; Costa Júnior (2011, p.662) corrobora com esta reflexão ao destacarem que "os custos de transação oferecem uma estrutura conceitual para analisar uma grande quantidade de problemas relativos a mercados, mas também a organizações e à política".

Wiemer (2011) ao realizar um levantamento bibliográfico sobre a aplicação do arcabouço teórico da teoria dos custos de transação identificou trabalhos que utilizaram esta teoria abordando desde análises de modelos de governança, de coleta seletiva de lixo à mensuração de custos transacionais de programas de governo nas áreas ambiental e de saúde.

Este levantamento demonstra a evolução da aplicação desta teoria e reforça ainda mais o objetivo do nosso estudo. A crítica de Ferreira et al (2005) a respeito da teoria do custo de transação também reforça a importância do nosso estudo para a sociedade científica, ao chamar a atenção para o fato de se terem poucos trabalhos nesta temática de natureza crítica e da necessidade de ampliar as diversas iniciativas já existentes, no sentido de estudar a possibilidade de integração da ECT com diversas teorias de diferentes campos do conhecimento.

Apresentaremos a seguir algumas experiências científicas na área de políticas públicas a partir da utilização do arcabouço teórico da NEI e da teoria do custo de transação.

Wiemer (2010) utilizou em sua dissertação a NEI e a teoria do custo de transação com o objetivo de conhecer um pouco mais sobre como os custos transacionais afetam a implementação de programas, compreender os problemas que ocorrem na implementação de projetos de modernização administrativa e fiscal no Brasil e no setor público dos países em desenvolvimento.

Rocha (2011) desenvolveu um trabalho para analisar a eficiência dos serviços públicos de saneamento básico, buscando verificar a partir da teoria do custo de transação, se o advento da agência reguladora provocou impacto no nível de eficiência dos serviços operacionais.

Já Reis et al. (2005) realizaram um estudo de caso para analisar a parceria entre administração pública municipal e organizações do terceiro setor, sob a ótica dos custos de transação, buscando demonstrar como ocorreu a implantação da metodologia e quais os aspectos econômicos relevantes relacionados à política pública de coleta seletiva no município de Londrina. Os autores optaram por fazer uma pesquisa documental, a partir

relatórios internos e entrevistas não estruturadas, orientadas para o detalhamento e para a compreensão do processo de coleta seletiva em Londrina.

Outro estudo, utilizando a teoria dos custos de transação foi desenvolvido por Silverwood- Cope (2005), em que analisou a evolução da política ambiental no Brasil a partir do Plano Plurianual Ambiental (PPA), no período de 2000/2003. Com a análise dos relatórios de gestão do PPA foi possível identificar vinte tipos de custos transacionais, separados em cinco grandes grupos, identificando a frequência de ocorrência de cada tipo e classificando-os segundo três categorias de custos transacionais: de agência, de informação e de direitos de propriedade.

Na análise dos serviços de saúde, Calmon e Pedroso (2008) avaliaram a gestão dos dez mais importantes programas do Ministério da Saúde, no período de 2001 a 2006. O pressuposto do estudo foi analisar a importância dos efeitos dos custos transacionais na eficiência, na eficácia e na efetividade desses programas.

Após todas estas considerações e considerando o PDAPS como uma política pública na área da saúde, consideramos viável e oportuno o estudo desta política a partir do embasamento teórico da NEI e da teoria do custo de transação.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

“Os métodos são as verdadeiras riquezas” (NIETZSCHE).

Neste segmento do trabalho englobo os aspectos relacionados com o tipo de estudo, o cenário do estudo, os sujeitos do estudo, os aspectos éticos, a coleta de dados (que compreende os procedimentos e os instrumentos para a coleta de dados), a estratégia para análise de dados e o pré-teste.

5.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa.

No estudo qualitativo, o pesquisador coleta principalmente dados qualitativos, que são descrições narrativas. A informação narrativa pode ser obtida através de conversa com os participantes, anotações detalhadas sobre o comportamento deles em um cenário natural ou obtendo-se registros, como os diários (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

As pesquisas qualitativas procuram compreender aspectos subjetivos, cujos dados não podem ser coletados de modo completo por outros métodos, devido à complexidade que envolve a pesquisa. Neste caso, temos estudos dirigidos à análise de atitudes, motivações, expectativas, valores, opiniões e outros (OLIVEIRA, 1997).

No que tange as pesquisas exploratórias, estas procuram desvendar várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, investigando a sua natureza e os fatores com os quais ele está relacionado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Para Gil (1999) este tipo de pesquisa tem como finalidade desenvolver e esclarecer conceitos e ideias, proporcionando maior familiaridade com o problema, a partir da aproximação do pesquisador com determinada situação, servindo como uma estratégia de aprofundamento em pesquisas posteriores.

Já a pesquisa descritiva, destina-se a observar, descrever e documentar os aspectos da situação e/ou fenômeno de interesse (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011) e tomar

conhecimento sobre as questões do que, com quem e como e a sua relação com o objeto de estudo (FERNANDES; GOMES, 2003).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em dez unidades de APS do município de Itajubá/MG, incluindo seis (6) unidades de ESF, três (3) UBS tradicional e uma (1) UBS reorganizada pela ESF, localizadas na zona urbana.

Itajubá está situada às margens do rio Sapucaí, na Serra da Mantiqueira, situando-se no sul de Minas Gerais. Faz divisa com os municípios de São José do Alegre, Delfim Moreira, Maria da Fé, Wenceslau Braz, Piranguinho e Piranguçu. Pertence a bacia hidrográfica do rio Sapucaí, cuja nascente situa-se na cidade de Campos do Jordão/SP.

Situa-se numa altitude de 1746 metros no seu ponto mais alto e de 830 metros no ponto mais baixo, acima do nível do mar. A área urbana fica numa altitude média de 842 metros (Prefeitura Municipal de Itajubá, s/d). Ocupa uma área de 290,45 km², sendo 219,75Km² de zona urbana e 70,70Km² de zona rural, com uma população de 90.679 habitantes (IBGE, 2010).

Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013), o índice de desenvolvimento do município está estimado em 0,787, sendo um dos mais altos em Minas Gerais e o melhor índice do Sul de Minas.

A cidade destaca-se como pólo industrial devido às indústrias de alta tecnologia na área de telecomunicações, informática e biomedicina, abrigando indústrias de médio e grande porte, de renome nacional e internacional.



Figura 2 - Localização da cidade de Itajubá/MG
Fonte: Prefeitura Municipal de Itajubá, s/d.

Itajubá é reconhecida nacionalmente por ter um dos melhores sistemas de ensino universitário do país. Possui seis estabelecimentos de ensino superior: Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI), Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt), Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), Centro Universitário de Itajubá (UNIVERSITAS), Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas do Sul de Minas (FACESM) e Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC).

É centro de referência em assistência à saúde para quinze municípios da chamada microrregião do Alto do Sapucaí. A cidade conta com dois hospitais credenciados para o SUS, Santa Casa de Misericórdia de Itajubá e Hospital Escola de Itajubá, da Faculdade de Medicina de Itajubá, com níveis de atendimento de atenção básica até a alta complexidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJUBÁ, s/d).

Oferece, ainda, assistência na área privada de convênios com o Hospital Médico e Odontológico (ODONTOMED), a Clínica Especializada em Assistência Médica (CEAM), a Cooperativa de Trabalho Médico Ltda (UNIMED) e o Hospital Bezerra de Menezes, voltado à saúde mental (PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJUBÁ, s/d).

A assistência ambulatorial, além dos serviços privados, é realizada nos hospitais credenciados do SUS, nas Unidades Básicas de Saúde do município e nas duas policlínicas municipais.

O setor público da saúde conta com 13 ESF, 02 equipes de PACS (BRASIL, 2013a), 5 UBS tradicionais e 1 UBS tradicional reorganizada pela ESF, 02 Policlínicas e 01 Centro de Atendimento de Enfermagem (CAEnf) concentrado na zona urbana.

Cabe ressaltar que no período de 2009 a 2012 houve troca de gestor da Secretaria Municipal de Saúde no referido município, sendo que o segundo gestor iniciou suas atividades no início do ano de 2012.

5.3 SUJEITOS DE PESQUISA, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os sujeitos de pesquisa foram onze enfermeiros que atuam nas unidades da ESF, UBS tradicional e UBS reorganizada pela ESF, todas localizadas na zona urbana, sendo que um (1) atua na UBS reorganizada pela ESF, seis (6) atuam na ESF e quatro (4) atuam na UBS tradicional e destes, dois (2) enfermeiros atuam na mesma UBS tradicional.

A escolha do profissional enfermeiro como sujeito de pesquisa se deve à sua vivência durante todo o processo de implantação do PDAPS, desde a participação nas oficinas, a replicação das mesmas nas unidades, a cobrança da elaboração dos produtos e envio dos mesmos aos tutores. A grande maioria dos facilitadores da cidade de Itajubá pertencia ao corpo de enfermagem. Esta escolha também se deve ao fato do enfermeiro da APS normalmente ser o responsável por gerenciar toda e qualquer mudança no processo de trabalho da equipe. Considerando que todo o processo de mudança é permeado por dificuldades e facilidades, o enfermeiro, por estar à frente deste processo, é o melhor ator a discursar e opinar sobre.

Os dados fornecidos pelos enfermeiros foram utilizados para a avaliação da implantação do PDAPS em Itajubá/MG.

A escolha dos sujeitos foi aleatória, assim como das unidades de APS. A amostragem foi intencional e o tamanho da amostra determinado pelo critério de saturação dos dados.

A amostragem intencional é baseada no pressuposto de que o conhecimento do pesquisador sobre a população pode ser usado para selecionar os casos a serem incluídos na amostra (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A saturação dos dados ocorreu na décima primeira entrevista, não sendo mais necessário proceder com a pesquisa, pois os dados obtidos já estavam redundantes e não estavam oferecendo informações novas e relevantes para o estudo.

Ainda segundo Polit; Beck; Hungler (2011), na pesquisa qualitativa o tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações, sendo a saturação dos dados, um princípio orientador do ponto em que não é mais obtida nenhuma informação nova, atingindo a redundância.

O principal argumento para constatar uma saturação de dados é de que novos elementos não mais contribuirão para o subsídio da teorização almejada e os participantes do estudo já respondem às proposições existentes nas questões da pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os critérios de elegibilidade dos participantes do estudo foram:

- Ser enfermeiro;
- Estar trabalhando atualmente em uma unidade de APS no município de Itajubá/MG seja ela ESF, UBS tradicional ou UBS reorganizada pela ESF;
- Ter participado da implantação do PDAPS no município de Itajubá-MG como facilitadora ou ouvinte das oficinas.

Este último critério se deve ao fato de que somente as pessoas que vivenciaram o processo de implantação do PDAPS são capazes de discursar sobre as facilidades e dificuldades encontradas neste processo.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado respeitando-se os preceitos estabelecidos pela Resolução 466\12, de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Os aspectos éticos da pesquisa foram resguardados em todos os momentos do estudo. A coleta de dados só foi realizada após a autorização institucional dada pela secretária municipal de Saúde de Itajubá-MG (APÊNDICE A) e a aprovação, deste projeto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFAL-MG, de Alfenas-MG, sob o registro nº 06744512.1.0000.5142 (ANEXO A).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) oficializou a decisão do sujeito em participar do estudo, de maneira livre, espontânea, esclarecida e voluntária, podendo desistir, se assim o desejasse. Este termo foi assinado em duas vias, sendo uma via entregue ao participante, e só após a assinatura do mesmo que se procedeu a coleta de dados.

Foi respeitado, também, o princípio do anonimato, assegurando a privacidade e a proteção da imagem, garantindo que as informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo, de qualquer natureza para os respondentes. O anonimato de cada participante do estudo foi preservado utilizando a codificação A1, B1, C1, D1 e assim por diante de acordo com a codificação da unidade de saúde que está alocado o profissional A, B, C, D etc.

As entrevistas foram agendadas por telefone e realizadas de forma a não perturbar as atividades dos profissionais e da unidade de saúde e a participação neste estudo foi voluntária.

Os dados da pesquisa serão guardados por cinco anos em responsabilidade do pesquisador e ficarão à disposição do CEP da UNIFAL - Alfenas/MG.

5.5 COLETA DE DADOS

5.5.1 Instrumentos para a coleta de dados

A coleta de dados ocorreu a partir de três instrumentos:

1º) Caracterização pessoal e profissional contendo informações sobre sexo, idade, estado civil, tempo de formação profissional, local de trabalho, tempo de trabalho no município, carga horário de trabalho, forma de contratação e participação na implantação do PDAPS (APÊNDICE C).

2º) Roteiro de entrevista semi-estruturada, que foi gravada, contendo as seguintes perguntas: 1) O que é o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde; 2) Em relação à implantação do PDAPS, no município de Itajubá-MG, fale sobre as facilidades se houveram, e dificuldades se houveram (APÊNDICE D).

3º) Roteiro de entrevista estruturada contendo informações específicas sobre a implantação do PDAPS como: a frequência com que o enfermeiro discute com a equipe de saúde o processo de trabalho dos profissionais em relação às propostas do PDAPS, a opinião do enfermeiro em relação a importância dada pelos diversos atores sociais a esta proposta de melhoria da APS, a avaliação do enfermeiro em relação a implantação do PDAPS em sua unidade de saúde e no município de Itajubá/MG e à implantação dos instrumentos de normalização da SES/MG propostos pelo PDAPS (APÊNDICE E).

Os instrumentos foram elaborados por mim, autora deste trabalho.

5.5.2 Pré-teste

A finalidade da realização do pré-teste foi verificar a adequação do instrumento ao objetivo da pesquisa, realizando possíveis modificações, se necessárias.

Para Gil (2002), torna-se necessário pré-testar cada instrumento, antes de sua utilização, a fim de assegurar se o instrumento satisfaz o que se pretende pesquisar.

Segundo Marconi e Lakatos (2002) o pré-teste serve para identificar três importantes elementos:

- a) *Fidedignidade*: qualquer pessoa que o aplique obterá sempre os mesmos resultados.
- b) *Validade*: os dados recolhidos são necessários à pesquisa.
- c) *Operatividade*: vocabulário acessível e significado claro.

O pré-teste permite, também, a obtenção de uma estimativa sobre os futuros resultados.

Neste estudo foi realizado o pré-teste com um (1) enfermeiro da ESF, que se enquadrava nos critérios de elegibilidade (item 5.3), porém, não fez parte da amostra, pois foi necessário modificar o instrumento de coleta de dados após a aplicação do pré-teste.

As mudanças necessárias ocorreram nos seguintes itens:

- Primeira pergunta do roteiro de caracterização pessoal e profissional (APÊNDICE C), onde foi necessário adicionar “unidade”;
- Nona pergunta do roteiro de caracterização pessoal e profissional (APÊNDICE C), onde foi necessário trocar a alternativa “replicador (a)” por “ouvinte”, retirar a opção “ambas” e acrescentar a opção “outros”;
- Primeira pergunta do roteiro de entrevista estruturada (APÊNDICE E), onde foi necessário adicionar a alternativa “diariamente”;
- Quinta pergunta do roteiro de entrevista estruturada (APÊNDICE E), onde foi necessário acrescentar às opções a alternativa “parcialmente”.

5.5.3 Procedimentos para a coleta de dados

As seguintes estratégias foram utilizadas para a coleta de dados:

- Agendamento, pelo telefone, com os enfermeiros, um horário para que fosse realizada a entrevista, respeitando-se os dias e horários que lhes fossem mais viáveis;
- As entrevistas foram gravadas e realizadas nas unidades de saúde, em horários pré-agendados, preservando sempre a privacidade do entrevistado;
- Ao chegar à unidade de saúde, a pesquisadora se identificou e solicitou a presença do enfermeiro;
- Nas situações em que a entrevista não pode ser realizada no dia marcado, por conta de imprevistos no processo de trabalho dos profissionais, foi agendado outro horário para a realização da mesma;
- Junto do enfermeiro, a pesquisa se iniciou pela coleta de dados da primeira fase, seguida da entrevista gravada e por último a coleta de dados da terceira parte.

A coleta de dados procedeu-se no período de 07 a 28 de dezembro de 2012.

5.6 ESTRATÉGIA PARA A ANÁLISE DOS DADOS

Os dados resultantes das entrevistas foram analisados pela técnica de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens (BARDIN, 2011).

Dentre as várias modalidades, optou-se neste estudo pela análise temática, que segundo Bardin (2011), mediante um feixe de relações, apresentado por uma palavra ou frase, busca evidenciar núcleos de sentidos, cuja presença ou frequência signifique algum aspecto relevante para a pesquisa.

O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Fazer análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido (BARDIN, 2011, p.99).

Ainda segundo a autora, o tema é geralmente utilizado para estudar motivações de valores, opiniões, atitudes, crenças etc. É frequentemente utilizado para análise de respostas às questões abertas, entrevistas individuais ou grupais, reuniões de grupos entre outros.

Operacionalmente, a análise temática desenvolvida neste estudo procedeu-se nas seguintes etapas (BARDIN, 2011):

- a) Pré-análise: nesta etapa o pesquisador se aproxima e se apropria do material de campo deixando-se impregnar pelo conteúdo para visualizar o universo estudado em sua totalidade. Em seguida, determina as unidades de registro, a partir de recortes do texto.
- b) Exploração do material: busca-se classificar o material para que se atinja o núcleo de compreensão do texto. Após a agregação das informações, escolhe as categorias responsáveis pela especificação do tema.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: são trabalhadas as inferências relacionadas ao quadro teórico proposto e as dimensões técnicas sugeridas pela leitura do material.

O analista possui à sua disposição (ou cria) todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que

procura resolver. Pode utilizar uma ou várias operações, em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados, ou aumentar a sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada (BARDIN, 2011, p. 37).

Campos (2004) aponta que a análise de conteúdo não deve ser extremamente vinculada ao texto ou a técnica, num formalismo excessivo, que prejudique a capacidade intuitiva do pesquisador e a sua criatividade, por outro lado, nem tão subjetiva, levando-se a impor os seus próprios valores ou ideias, no qual o texto passe a funcionar meramente como confirmador dessas.

Outro ponto importante ainda dentro dos conteúdos, discutido por Franco (1986) é que esses tendem a serem valorizados à medida que são interpretados, levando-se em consideração o contexto histórico e social sob o qual foram produzidos.

A análise dos dados referentes à caracterização pessoal e profissional (APÊNDICE C) e ao roteiro de entrevista estruturada (APÊNDICE E) foi realizada a partir de ferramenta estatística de distribuição de frequências e medidas de tendência central, utilizando o programa de software *Statistical Package for Social Science for Windows* versão 2.0 (SPSS).

Para análise das respostas do roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE D) foi utilizada o referencial metodológico *Análise de Conteúdo* (BARDIN, 2011).

No processo de elaboração das categorias e sub-categorias também foi necessário utilizar dimensões, pois as categorias originadas por si só não deram sentido a análise, assim, as dimensões foram utilizadas para dar significado e compreensão às categorias.

Para análise de conteúdo referente à segunda pergunta do roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE D), no que tange as dificuldades, foi utilizado o referencial conceitual da Teoria do Custo de Transação para nortear a análise categorial.

Quanto às respostas da primeira pergunta e segunda pergunta do roteiro de entrevista semi-estruturada no que tange às facilidades (APÊNDICE D), a análise categorial foi guiada a partir do objetivo da pergunta, não sendo assim, norteadada por um referencial conceitual.

Embora os estudos na área de custos transacionais estejam em fase de expansão, não existe ainda uma produção acadêmica elevada de trabalhos que se destinem a mensurar os custos de transação. Zylberstajn (2000) reforça esta informação ao colocar que a literatura enfatiza a relevância dos estudos de custos transacionais, apesar de não demonstrar na maior parte dos trabalhos como mensurá-los. Uma forma de operacionalizar a mensuração dos custos transacionais para McCann et. al. (2005) é nomear e dimensionar a unidade desejada e as estruturas onde a organização se organiza, fazer o alinhamento das duas estruturas e realizar os testes criando uma metodologia.

Os CT em análise foram os custos “*durante*”, que caracterizam-se como os custos relacionados à gestão do programa, como a liberação de recursos, negociação e coordenação com os parceiros e as mudanças conjunturais que podem ter afetado a gestão e o processo de tomada de decisão, assim como a contratação e outros aspectos relacionados à implementação do programa (WIEMER, 2011).

Para a mensuração dos CT optou-se por utilizar a metodologia desenvolvida no estudo de Wiemer (2010) que foi adaptada da pesquisa de Calmon e Pedroso (2008).

Dessa forma, após a análise categorial que originou os custos de transação, foi atribuído o indicador 0 para a categoria não mencionada e 1 para a categoria que foi mencionada como custosa para a implantação do PDAPS, possibilitando com isso a pontuação por item classificado e conseqüentemente o somatório de pontos para unidade de saúde do município de Itajubá/MG.

Lógica do raciocínio de pontuação e análise:

Dificuldade identificada: oportunismo político - citado pelo enfermeiro A1, pelo enfermeiro B1 e pelo enfermeiro C1, como dificultador na implantação do PDAPS. Assim, esta categoria foi pontuada com um valor 1, 1 e 1 respectivamente nas unidades de saúde A, B e C.

Dificuldade identificada: Escassez de recursos humanos - citada pelo enfermeiro A1, nenhuma vez pelo enfermeiro B1 e nenhuma vez pelo enfermeiro C1 como dificultador na implantação do PDAPS. Assim, esta categoria será pontuada com um valor 1, 0 e 0 respectivamente nas unidades de saúde A, B, e C.

Dificuldade identificada: Inexistência de contrato de trabalho - citada pelo enfermeiro A1, pelo enfermeiro B1 e nenhuma vez pelo enfermeiro C1 como dificultador na implantação do PDAPS. Assim, esta categoria será pontuada com um valor 1, 1 e 0 respectivamente nas unidades de saúde A, B, e C.

Dificuldade identificada: Dificuldade de monitorar as ações dos profissionais - nenhuma vez citada pelo enfermeiro A1, citada pelo enfermeiro B1 e nenhuma vez pelo enfermeiro C1 como dificultador na implantação do PDAPS. Assim, esta categoria será pontuada com um valor 0, 1, 0.

Após estas análises, podemos concluir, nesta simulação, que dos quatro custos de transação levantados no geral, a unidade de saúde A teve a presença de três (3) custos transacionais, a unidade B de três (3) custos transacionais e a unidade C de um (1) custo transacional. Ainda neste exemplo, a implantação do PDAPS no município de Itajubá foi dificultada pelos seguintes fatores: oportunismo político, escassez de recursos humanos,

inexistência de contrato de trabalho e dificuldade de monitorar as ações dos profissionais, com predominância do custo transacional oportunismo político.

No campo da análise de conteúdo, também recorreremos à abordagem quantitativa, que segundo George (1959 apud BARDIN, 2011), nesta análise, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“O enraizamento de idéias políticas e direito a crítica a uma sociedade, desperta o interesse mútuo e torna uma nação num berço de homens cultos e capazes de transformar e de vencerem os desafios de um futuro”
(DENGA, s/d).

6.1 CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

A coleta de dados procedeu-se no período de 07 a 28 de dezembro de 2012, com a realização de 11 entrevistas.

Em relação ao sexo dos indivíduos entrevistados, verificou-se que todos os sujeitos de pesquisa pertenciam ao sexo feminino. Este perfil se justifica pelo fato da enfermagem ser uma profissão majoritariamente feminina.

Em relação ao estado civil dos participantes, 10 (91%) são casados e um (9%) solteiro. Quanto ao local de trabalho, a maioria dos participantes, seis (54,5%), trabalha na ESF, seguido de quatro (36,3%) que trabalham na UBS tradicional e apenas um (9%) participante trabalha na UBS reorganizada pela ESF.

A idade dos participantes variou de 32 a 62 anos e com média de 47,4.

Este perfil etário segundo Mishima (2003) aponta para uma equipe “mais madura”, onde os profissionais já tiveram oportunidade de outras vivências de vida e trabalho, acumulando experiência profissional e pessoal, o que pode lhes proporcionar recursos diferenciados de trabalho.

Quanto ao tempo de formação profissional, houve variação de 10 a 31 anos, com uma média de 21 anos, evidenciando profissionais experientes que atuam na APS no município de Itajubá/MG.

No que tange ao tempo e local de trabalho nas unidades de saúde no município de Itajubá/MG, seis (54,5%) participantes possuem experiência profissional no município apenas na ESF, com uma variação de 5 a 9 anos e média de 7 anos, quatro (36,3%) participantes informaram uma vivência profissional exclusiva na UBS tradicional, com

uma variação de 17 a 24 anos com média de 21 anos e apenas um (9%) participante relatou ter trabalhado 7 anos na ESF e 7 meses na UBS reorganizada pela ESF.

Assim, verificou-se que os profissionais que atuam nas ESF estão há menos tempo neste tipo de serviço do que os profissionais que atuam nas UBS tradicionais, o que pode ser explicado pelas diferenças nas modalidades de contrato de trabalho e maior rotatividade de pessoal nas ESF.

A forma de contratação dos sujeitos de pesquisa deixa claro a instabilidade dos profissionais que atuam nas ESF, como demonstra a Tabela 1.

Tabela 1 - Tipo de contratação dos sujeitos de pesquisa. Itajubá-MG, 2013

	ESF	UBS tradicional	UBS reorganizada
Processo seletivo	6	0	1
Concurso público	0	4	0

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2003) o contrato de trabalho temporário dos membros das equipes da ESF limita o estabelecimento de vínculo com o trabalho e a comunidade assistida, ficando estes profissionais sujeitos à instabilidade política partidária, sendo necessário se pensar estratégias que possam resolver esta problemática, a fim de diminuir a rotatividade profissional nestes serviços.

Esta rotatividade impacta diretamente na implementação do PDAPS, uma vez que os novos profissionais recém admitidos, em sua maioria, por não terem participado das oficinas, não estavam capacitados e sensibilizados para buscar a efetivação deste plano.

A legislação do SUS é insuficiente para garantir a segurança do trabalhador (Brasil, 2005), de forma que as portarias nacionais vigentes, que tratam da organização da ESF delegam às prefeituras municipais a responsabilidade de contratação dos profissionais, não exigindo a realização de concurso público. Para Costa et al. (2013), “se a contratação ocorre por indicação política, a classe dos trabalhadores fica a mercê dos gestores municipais”. Assim, esta instabilidade política impacta negativamente na motivação profissional, uma vez que sua força de trabalho pode ser substituída a qualquer momento, independente da qualidade de seu serviço e comprometimento com o mesmo.

Embora a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, estabelecida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, considera a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011b), ainda é considerável o número de equipes de UBS tradicionais no município em estudo, o que

aponta para uma dificuldade em substituir o modelo tradicional de assistência, orientado exclusivamente para a cura de doenças e hospitalocêntrico. Percebe-se que já foi dado um passo nesta direção, ao considerar a presença de uma (1) UBS reorganizada pela ESF no referido município, porém, a atenção primária ainda tem muito que avançar nesta reorganização.

Ao questionar sobre a carga horária de trabalho, constatou-se que sete (64%) profissionais possuem uma carga de trabalho de 8 horas diárias e 40 horas semanais, sendo que destes, seis (85,7%) atuam na ESF e um (14,2%) na UBS reorganizada pela ESF e quatro (36%) possuem uma carga horária diária de 6 horas e 30h semanais, sendo que destes, quatro (100%) atuam na UBS tradicional.

A carga horária dos profissionais das ESF se justifica a partir da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que determina a carga horária de 40 horas semanais para todos os membros da equipe de saúde da família, com exceção dos profissionais médicos (BRASIL, 2011b).

Quanto à forma de participação na implantação do PDAPS, seis participantes (54,5%) iniciaram como facilitadores, quatro (66,6%) deles desistiram no decorrer do processo de implantação e um (16,6%) interrompeu sua participação na última oficina devido a licença à maternidade. Os demais enfermeiros participaram como ouvintes nas oficinas do PDAPS.

Apesar do comprometimento dos enfermeiros com o PDAPS, houve em Itajubá/MG uma desistência importante da função de facilitador, embora os enfermeiros continuassem a ser os responsáveis por cobrar das equipes a realização dos produtos exigidos pelas oficinas e por gerenciar diretamente todo o processo de implementação. O motivo que levou os facilitadores a desistirem desta função não foi objeto deste estudo, porém este fato evidencia alguma fragilidade e insatisfação com o processo de implantação do PDAPS no município em estudo.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS UNIDADES DE SAÚDE E NO MUNICÍPIO DE ITAJUBÁ/MG

Para que as propostas de melhorias do serviço de saúde repassadas pelas oficinas sejam implementadas é necessário uma discussão e um acompanhamento contínuo deste processo. O processo de trabalho das equipes sofre uma modificação a partir da implantação de ferramentas de sistematização e organização do serviço propostas pelo PDAPS, exigindo assim uma supervisão direta e constante.

Os profissionais da ESF ao serem questionados quanto à frequência com que discutem o processo de trabalho dos profissionais em relação à proposta do PDAPS, um (1) respondeu diariamente, quatro (4) semanalmente e um (1) raramente; já os profissionais que atuam nas UBS tradicionais, um (1) relatou discutir o processo de trabalho mensalmente, dois (2) raramente e um (1) nunca e por fim, o profissional que atua na UBS reorganizada pela ESF semanalmente discute com os profissionais de saúde as mudanças propostas pelo PDAPS.

Neste sentido, a maioria das ESF e da UBS reorganizada pela ESF está envolvida com o processo de acompanhamento das atividades do PDAPS. No entanto, verificou-se que as equipes das UBS tradicionais raramente ou nunca discutem as mudanças propostas pelo PDAPS, evidenciando uma fragilidade nestas unidades e até mesmo um indicativo de que esta proposta não foi implantada nas UBS tradicionais em estudo, pois não se discute algo que não foi efetivamente implantado. Este fato pode indicar que as UBS tradicionais estão mais ligadas ao modelo médico assistencialista, diferente das equipes da ESF, que possuem uma dinâmica de atenção à saúde voltada para o modelo de prevenção e promoção da saúde, e que assim, foi mais permeável às propostas do PDAPS.

Vale ressaltar que o PDAPS foi instituído em todos os municípios mineiros com o objetivo de reorganizar a APS, não excluindo as UBS tradicionais, visto que elas também fazem parte do primeiro nível de atenção à saúde e que deveriam, assim como as ESF, estarem empenhadas neste processo em todos os aspectos.

Na opinião dos entrevistados quanto à importância conferida pelos profissionais de saúde que trabalham nas unidades de atenção primária à proposta de melhoria da APS concebida pelo PDAPS, verificou-se que o profissional que se destacou como uma aceitação ótima foi o enfermeiro com 54,5%, seguido pelo técnico de enfermagem com

18,1% e posteriormente pelo auxiliar de enfermagem e odontólogo com 9%. Em relação à aceitação avaliada como muito boa, o enfermeiro também obteve maior pontuação com 36,3%, seguida do médico, técnico e auxiliar de enfermagem com 18,1% e pelo ACS com 9%. A aceitação da comunidade de uma forma geral foi boa, com 63,3%, seguida do ACS com 45,4%, pelo médico com 36,3%, pelo técnico de enfermagem com 27,2% e por último o odontólogo e auxiliar de enfermagem com 18,1%. A avaliação ruim teve predominância por parte da comunidade, obtendo 36,3% da pontuação geral, seguida do médico, auxiliar e técnico de enfermagem com 27,2% e pelo odontólogo e ACS com 9%. Os únicos profissionais que tiveram uma avaliação péssima conferida pelos participantes deste estudo foram o médico com 18,1% e o odontólogo com 9% (TABELA 2).

Tabela 2 - Avaliação dos profissionais das unidades de atenção primária em relação à importância conferida pelos profissionais de saúde ao PDAPS. Itajubá-MG, 2013

	Ótima	Muito boa	Boa	Ruim	Péssima	N.A
Enfermeiro	6	4	1	0	0	0
Médico	0	2	4	3	2	0
Odontólogo	1	0	2	1	1	6
Auxiliar de enfermagem	1	2	2	3	0	3
Técnico de enfermagem	2	2	3	3	0	1
ACS	0	1	5	1	0	4
Comunidade	0	0	7	4	0	0

De uma forma geral, constatamos que o enfermeiro foi o profissional que mais se destacou com uma avaliação ótima em relação à importância conferida ao PDAPS, o que demonstra o comprometimento deste profissional com a nova política de saúde instituída pelo governo de Minas.

O estudo de Belga e Silva (2013) também destaca a participação dos enfermeiros no PDAPS, ao relatarem o notável envolvimento e comprometimento destes profissionais, bem como a capacidade em transmitir os conteúdos apreendidos nas oficinas.

Em relação à comunidade, esta deu uma boa importância ao PDAPS, porém, foi a que obteve maior pontuação ruim em relação à importância das propostas sugeridas pelo plano. Belga e Silva (2013) corroboram este dado ao destacarem em seu estudo a resistência da

comunidade quanto à compreensão do “fechamento” das unidades de saúde, por exemplo, para o processo de capacitação.

Sabe-se que a comunidade é parte integrante do processo de implementação do PDAPS e assim deve estar envolvida e esclarecida sobre a importância desta proposta, pois só a partir desta conscientização e envolvimento será possível alcançar níveis elevados de aceitação por parte da mesma.

Por meio dos dados levantados, constatamos que é necessário mais estudos no sentido de identificar qual foi a real relação e participação da comunidade no processo de implementação do PDAPS, considerando que esta participação constitui uma das diretrizes do SUS. Cruz (2011) reforça esta reflexão, uma vez que esta diretriz garante constitucionalmente que a população, por meio de suas entidades representativas, participe do processo de formulação das políticas e de controle de sua execução.

Arantes (2011) identificou em seu estudo realizado na cidade de Unaí/MG que a relação com a comunidade e a participação nas reuniões dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde no que tange a interação e divulgação das ações para a comunidade e no conhecimento e relação com o informante-chave foram incipientes.

Cabe destacar que “é responsabilidade de toda equipe da atenção primária estimular a participação popular e o controle social” (BRASIL, 2011b).

Das 10 unidades de saúde em estudo, cinco (5) possuem o profissional odontólogo, sendo que três (3) atuam nas UBS tradicionais, um (1) na ESF e um (1) na UBS reorganizada pela ESF, o que reflete uma carência deste atendimento à população, principalmente à população assistida pela ESF. No geral a sua aceitação em relação ao PDAPS foi boa, porém, também foi avaliado como uma aceitação ótima, ruim e péssima, na mesma proporção, e por fazer parte de apenas cinco unidades de saúde em estudo, não podemos avaliar com certa precisão a sua importância conferida ao PDAPS.

Sabe-se que estes profissionais são tradicionais nas UBS convencionais, como demonstra o nosso estudo, e desenvolvem nestas unidades ações curativas e voltadas especialmente para o atendimento da demanda espontânea. O PDAPS veio com uma proposta de melhoria da qualidade deste atendimento, ao priorizar o atendimento preventivo, programado e as atividades educativas. Sendo assim, o processo de trabalho destes profissionais sofreria uma grande mudança, o que nem sempre é bem vinda, principalmente quando as mudanças exigem que o profissional saia da sua zona de conforto.

Segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 são itens necessários à Estratégia Saúde da Família: existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011b, p.11).

De acordo com esta portaria, o odontólogo não faz parte da equipe mínima exigida para compor a equipe multiprofissional da ESF. Porém, temos consciência da importância deste profissional para o desenvolvimento da saúde bucal na comunidade, que está diretamente relacionada com a qualidade de vida da população. O PDAPS, em especial as oficinas que abordaram a Programação Local e Municipal e o Prontuário de Saúde da Família, trouxeram valiosos instrumentos de sistematização do atendimento de saúde bucal como forma de otimizar e qualificar o serviço prestado à população e propiciar discussões acerca da relevância da inclusão deste profissional na equipe básica das equipes da ESF.

Por fim, vale destacar que a Portaria nº. 978 de 16 de maio de 2012 define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para Equipes de Saúde Bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família aos municípios que aderirem a esta proposta (BRASIL, 2012b). Portanto, sentimos a necessidade de uma maior mobilização e conscientização do gestor de saúde no sentido de ampliar o acesso dos itajubenses às ações de promoção e recuperação da saúde bucal e avançar na melhoria da APS no referido município.

O profissional médico obteve uma avaliação que variou de muito boa a péssima e juntamente com o odontólogo, foram os únicos profissionais que obtiveram uma avaliação péssima. Observa-se que a consciência de melhoria da APS proposta pelo PDAPS foi muito variável em relação ao profissional médico, evidenciando desde profissionais comprometidos com a causa até profissionais descrentes e alheios a este plano, segundo a opinião dos sujeitos da pesquisa.

Quanto ao ACS a sua aceitação em relação ao PDAPS foi avaliada no geral como boa, porém, também houve avaliações muito boas e ruins. Este profissional teve uma participação ativa durante todo o processo de implantação do PDAPS, sendo que muitas informações requeridas para o diagnóstico local eram de posse dos mesmos. As oficinas que abordaram o Acolhimento e Classificação de risco, a Análise da Atenção Primária à Saúde e Diagnóstico Local, a Programação local e municipal e o Sistema de apoio diagnóstico laboratorial se

desenvolveram principalmente a partir de informações fornecidas pelos ACS que muito auxiliou no diagnóstico local e nas reflexões sobre as necessidades de melhorias na saúde da comunidade assistida. Apesar do papel relevante destes profissionais na construção e consolidação do PDAPS, estes não tiveram uma expressiva avaliação no nível ótimo e muito bom em relação à importância conferida ao PDAPS.

Analisando separadamente as avaliações dos enfermeiros por unidades de saúde, em relação à importância pessoal, podemos verificar que os enfermeiros das ESF (Tabela 3) e da UBS reorganizada pela ESF classificaram a sua importância em relação ao PDAPS como ótima e que os enfermeiros das UBS tradicionais (Tabela 4) classificaram como muito boa e boa. Assim, podemos considerar que o envolvimento com a causa foi maior por parte dos enfermeiros das ESF e da UBS reorganizada pela ESF do que pelos enfermeiros das UBS tradicionais. Porém, cabe destacar que as oficinas trouxeram novos conhecimentos aos enfermeiros das unidades tradicionais que são propostas a serem implementadas especialmente pelas equipes das ESF.

Os participantes que atuam nas seis (6) ESF classificaram em sua maioria (66,6%) a importância conferida pelos enfermeiros como ótima, a avaliação muito boa foi destinada apenas ao enfermeiro e ao médico com uma porcentagem de 33,3%, o ACS foi avaliado em sua maioria como uma importância boa (66,6%), a avaliação ruim foi em relação à comunidade (66,6%) e ao auxiliar e técnico de enfermagem (50%), o médico obteve uma avaliação péssima (33,3%) por dois participantes e em relação ao odontólogo, apenas uma (1) equipe possui este profissional, sendo a sua aceitação em relação ao PDAPS avaliada como boa, como demonstra a Tabela 3.

Tabela 3 - Avaliação dos profissionais das Estratégias Saúde da Família em relação à importância conferida pelos profissionais de saúde ao PDAPS. Itajubá-MG, 2013

	Ótima	Muito boa	Boa	Ruim	Péssima	N.A
Enfermeiro	4	2	0	0	0	0
Médico	0	2	2	0	2	0
Odontólogo	0	0	1	0	0	5
Auxiliar de enfermagem	0	1	1	3	0	1
Técnico de enfermagem	0	1	1	3	0	1
ACS	0	1	4	1	0	0
Comunidade	0	0	2	4	0	0

Não foi evidenciada uma significativa importância conferida pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo que sua avaliação variou de muito boa à ruim.

O médico foi o único profissional da ESF que foi avaliado pelos enfermeiros como uma aceitação péssima em relação ao PDAPS. Talvez este fato se justifique pela alta rotatividade médica nestas unidades, o que gera uma falta de vínculo com a comunidade e com o serviço.

Para Belga e Silva (2013) a rotatividade médica dificulta a construção coletiva da estratégia do PDAPS. Assim, contribui com a falta de envolvimento e dificulta a concretização deste plano, visto que diversas mudanças são sugeridas na prática clínica destes profissionais e que depende principalmente deles para que sejam efetivadas.

Não foi objetivo deste estudo explorar as causas e motivos das aceitações negativas e positivas dos diversos profissionais que estiveram envolvidos na implantação do PDAPS, porém as avaliações negativas em relação ao profissional médico nos instiga a cogitar na possibilidade de novos estudos voltados para análise deste fato.

Por outro lado, a avaliação da comunidade diferiu entre as ESF e UBS tradicionais (Tabela 4) sendo que a primeira a avaliou em 66,6% como uma aceitação ruim e a segunda com 100% como uma boa aceitação. Estes dados podem estar relacionados com os dados analisados anteriormente, onde se verificou que as UBS tradicionais raramente ou nunca discutem as mudanças no processo de trabalho das equipes, o que sugere rara ou nenhuma mudança no seu processo de trabalho e assim a comunidade teve uma boa aceitação, pois não houve ou houve de forma incipiente uma mudança que não chegou a alterar o modelo biomédico e curativo vigente por este sistema.

Em relação à importância conferida pelos quatro profissionais de saúde lotados nas UBS tradicionais, foi possível verificar que a avaliação ótima foi conferida ao profissional enfermeiro, odontólogo, técnico e auxiliar de enfermagem (25%), a avaliação muito boa predominou em relação ao enfermeiro (50%), a comunidade foi avaliada com 100% com uma boa aceitação, o médico teve uma avaliação boa (50%) e ruim (50%) por parte dos entrevistados, o odontólogo obteve uma avaliação ótima, boa e ruim com 25% em cada avaliação, sendo que, das três (3) equipes das UBS tradicionais, uma não possui este profissional (TABELA 4).

Tabela 4 - Avaliação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde tradicionais em relação à importância conferida pelos profissionais de saúde ao PDAPS. Itajubá-MG, 2013

	Ótima	Muito boa	Boa	Ruim	Péssima	N.A
Enfermeiro	1	2	1	0	0	0
Médico	0	0	2	2	0	0
Odontólogo	1	0	1	1	0	1
Auxiliar de enfermagem	1	0	1	0	0	2
Técnico de enfermagem	1	1	2	0	0	0
ACS	0	0	0	0	0	4
Comunidade	0	0	4	0	0	0

O ACS não é parte integrante da equipe das UBS tradicionais, justificando a não avaliação destes profissionais pelos enfermeiros destas unidades.

Observa-se que a avaliação de todos os profissionais das UBS tradicionais não teve uma expressiva avaliação positiva que nos indicasse um envolvimento maior dos mesmos com a nova política de saúde. Este fato, talvez se explique por discussões anteriores, onde se verificou que o processo de trabalho destas unidades pouco se alterou, ou seja, não sofreu o choque de uma mudança, não alterando assim a importância a algo que não foi ou foi incipientemente implantado.

O único participante deste estudo que atua na UBS reorganizada pela ESF, classificou a importância conferida ao PDAPS como ótima pelo enfermeiro e técnico de enfermagem, como muito boa pelo auxiliar de enfermagem, como boa pelos ACS e comunidade, como ruim pelo médico e como péssima pelo odontólogo.

Estes dados nos permitem identificar mais uma vez a percepção dos enfermeiros entrevistados em relação aos profissionais médicos e odontólogos, independente das unidades que estão alocados, em relação a pouca valorização do PDAPS.

Outra questão abordada refere-se à avaliação dos participantes em relação à implantação do PDAPS na sua unidade de trabalho e no município de uma forma geral.

Quanto à implantação do PDAPS nas unidades de saúde, um (9%) participante avaliou como muito boa, seis (54,5%) como boa, três (27,2%) como ruim e um (9%) como péssima. Não houve nenhum participante que avaliou a implantação do PDAPS em sua unidade como ótima, como expressa a Tabela 5.

Tabela 5 - Avaliação dos participantes em relação à implantação do Plano Diretor de Atenção Primária nas suas unidades de trabalho. Itajubá-MG, 2013

Número de sujeitos	
Péssima	1
Ruim	3
Boa	6
Muito boa	1
Ótima	0

Dos profissionais que atuam nas UBS tradicionais, um (1) avaliou como boa, dois (2) como ruim e um (1) como péssima a implantação do PDAPS em suas unidades; quanto aos enfermeiros das ESF, um (1) avaliou como muito boa, quatro (4) como boa e um (1) como ruim e por fim o profissional que atua na UBS reorganizada pela ESF avaliou a implantação do PDAPS em sua unidade como boa.

Estes dados demonstram que após quatro anos do início da implementação do PDAPS no município em estudo, as equipes de saúde ainda encontram-se em processo de implantação, o que também foi concluído pelo estudo de Belga e Silva (2013) com seis municípios da microrregião de Belo Horizonte, Nova Lima e Caeté, em Minas Gerais.

A melhoria na APS após implantação do PDAPS será gradual e em longo prazo, pois, algumas equipes de saúde da família ainda encontram-se em processo de implantação. Sabemos que o caminho a percorrer é longo para conseguirmos alcançar uma APS ideal, uma vez que evoluem investimentos financeiros, mudanças de paradigmas não apenas dos gestores, como também dos profissionais de saúde e da população (BELGA; SILVA, 2013, p.1561).

Em relação às unidades de saúde, verificou-se que as UBS tradicionais pouco avançaram na implantação do PDAPS. Diante do exposto, podemos assegurar que as UBS tradicionais tiveram mais dificuldades com o processo de efetivação desta proposta do que as unidades com a presença da saúde da família.

A avaliação da implantação do PDAPS no município de Itajubá/MG de uma forma geral foi ruim, com uma predominância de 63,6%, seguida de 27,2% como uma boa avaliação e 9% como muito boa.

Destes dados, podemos destacar que dos quatro (4) participantes que atuam nas UBS tradicionais, dois (50%) avaliaram a implantação do PDAPS no município como ruim e dois (50%) avaliaram como boa. Já os participantes da ESF, cinco (83,3%) avaliaram como ruim e um (16,6%) avaliou como muito boa a implantação no município. Por fim, o enfermeiro da UBS reorganizada pela ESF avaliou a implantação como boa.

Assim, verificou-se que o PDAPS não foi implantado na sua totalidade e que caminha lentamente para a sua efetivação, sendo que cerca de 63,6% dos entrevistados avaliaram a implantação deste plano no município de Itajubá/MG como ruim. É lamentável que esta proposta de melhoria ainda não tenha sido efetivada, pelo menos parcialmente, o que revela a necessidade de implementação de estratégias, pelo poder executivo e gestor de saúde, que possam solucionar os possíveis percalços encontrados e assim contribuir efetivamente com a reorganização da APS no município.

Silva et al. (2011) relatam que a maioria dos profissionais tem consciência de que a APS necessita ser estruturada a partir da estratégia concebida pelo PDAPS e que se sentem co-responsáveis pela sua implantação, porém, algo muito complexo está comprometendo a motivação dos profissionais na efetivação deste plano.

Os objetivos específicos do PDAPS foram implantar os instrumentos de normalização da SES/MG para a APS, como o Manual da Atenção Primária à Saúde, o Prontuário de Saúde da Família e as Linhas-Guias de Atenção à Saúde e implantar os instrumentos de gestão da clínica, como o diagnóstico e a programação local e municipal, o protocolo de classificação de risco, o contrato de gestão e o sistema de monitoramento (MINAS GERAIS, 2009a). A implantação destes instrumentos também foi fonte de investigação neste estudo (TABELA 6).

Tabela 6 - Implantação dos instrumentos de normalização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e de gestão da clínica nas unidades de saúde. Itajubá-MG, 2013

	Sim	Não	Parcialmente
Prontuário saúde da família	1	3	6
Linhas-guia	0	7	4
Diagnóstico e programação local	4	5	1
Protocolo de classificação de risco	4	5	1
Contrato de gestão	7	3	0
Sistema de monitoramento	3	3	4

Em relação à implantação do prontuário saúde da família, seis (6) equipes da ESF implantaram parcialmente, três (3) UBS tradicionais não implantaram e uma (1) UBS reorganizada pela ESF implantou totalmente.

Este prontuário inicialmente foi apresentado para ser implantado na versão papel e posteriormente na versão eletrônica. Ele abrange todos os ciclos de vida, com instrumentos diferenciados para a coleta de dados do adulto, criança, idoso, gestante e para a saúde bucal. Cada prontuário possui em média quatro folhas para serem preenchidas, o que talvez possa ter inviabilizado a sua implantação, seja pelo tempo gasto com o seu preenchimento ou pelo gasto financeiro que implicaria. Porém, se fosse implantado, a coleta de dados e o acompanhamento dos clientes seguiriam um mesmo padrão e uma mesma qualidade em todas as unidades. Hoje, o que percebemos no nosso dia-a-dia, é uma escassez de informações nos prontuários, informações incompletas, muita das vezes ilegíveis, principalmente àquelas geradas por médicos e odontólogos, o que dificulta o atendimento ao cliente quando necessitamos recorrer a este instrumento de trabalho.

Também foi repassado para as UBS tradicionais que implantassem o prontuário saúde da família, inclusive a ficha de cadastro da família que acompanha este prontuário, porém, compreendemos a dificuldade destas unidades em implantá-lo por não terem o ACS nas suas equipes, pois este profissional é o responsável pelo cadastramento e acompanhamento das famílias.

Um estudo realizado em Unaí/MG com nove equipes de Saúde da Família vem ao encontro com a nossa realidade ao verificar que a implantação do prontuário saúde da família nestas unidades foi incipiente (ARANTES, 2011), o que nos leva a repensar e discutir com a equipe a real importância deste instrumento, necessidades de adaptações nos formulários e formas de incentivar de forma lenta e gradual a introdução desta ferramenta de trabalho.

Ainda discutindo sobre o prontuário saúde da família, Arantes (2011, p.128) aponta para a “necessidade de supervisão e melhor alinhamento quanto a esse processo de trabalho pelo nível gerencial central”.

No tocante à implantação das linhas-guias, quatro (4) equipes da ESF, duas (2) UBS tradicionais e uma (1) UBS reorganizada pela ESF não implantaram este instrumento e duas (2) ESF e uma (1) UBS tradicional implantaram as linhas-guia parcialmente. Nenhuma unidade de saúde implantou totalmente este instrumento de normalização da SES/MG.

A estratégia clínica do projeto estruturador Saúde em Casa envolve o desenvolvimento de linhas-guia e protocolos clínicos referentes à APS em todas as áreas prioritárias do SUS e

foram disponibilizados às SMS e aos profissionais de saúde, na forma papel e eletrônica. Constituem os principais insumos para os processos educacionais dos profissionais da atenção primária (MINAS GERAIS, s/d). Porém, “dispor de linhas-guia na internet ou impressas, mas não implantá-las através de processos educacionais potentes, para profissionais de saúde e usuários, é uma perda de tempo e de recursos” (MINAS GERAIS, 2009, p.45).

Neste sentido, podemos perceber que houve perda de recursos públicos no município de Itajubá/MG, pois estes instrumentos que visam definir as ações a serem desenvolvidas em cada ponto de atenção à saúde e em cada condição ou patologia de forma sistemática e padronizada tiveram uma inexpressível implantação.

Para Arantes (2011), a dificuldade de implantação de protocolos clínicos pode estar associada à rotina de trabalho adotada pelos profissionais e a falta de educação permanente. O autor sugere a utilização do Canal Minas Saúde como uma forma de sensibilizar os profissionais quanto à implantação destes instrumentos.

Lopes et al. (2004), numa análise dos serviços de saúde para controle da diarreia, identificaram a baixa qualidade técnica da atenção (via análises de prontuários), a falta de orientações educativas à família assistida e a não utilização de protocolos. Segundo os autores, a atenção à saúde, realizada nesses moldes, não é efetiva, comprometendo os propósitos do modelo de atenção baseado na APS. A formação e educação permanente dos profissionais e a existência e utilização de diretrizes clínicas são, portanto, fundamentais para a garantia da qualidade do cuidado oferecido e, ainda, são problemas a serem enfrentados pelos gestores.

Os instrumentos de gestão da clínica têm como objetivo assegurar padrões clínicos ótimos e otimizar a qualidade das práticas clínicas (MINAS GERAIS, 2009d). A implantação destes instrumentos também foram fontes de investigação nesta pesquisa.

Ao questionar sobre a implantação do diagnóstico e programação local nas unidades de saúde das UBS tradicionais, verificou-se que nenhuma implantou; em relação às ESF, três (3) implantaram, uma (1) implantou parcialmente e duas (2) não implantaram e por fim a UBS reorganizada pela ESF implantou os instrumentos de diagnóstico e programação local.

A atenção à saúde da comunidade é voltada para as suas necessidades de saúde, tendo, portanto, como elemento fundamental na elaboração da programação local, a elaboração prévia do diagnóstico local, contendo informações relevantes para a partir delas, planejar junto à equipe as ações e formas de atendimento à comunidade.

Assim, se o diagnóstico não é realizado, a programação local pode não ocorrer, ou ocorrer de forma que não venha atender de fato as reais necessidades da comunidade.

O protocolo de classificação de risco foi implantado em três (3) equipes de saúde da família e em uma (1) UBS reorganizada pela ESF, foi implantado parcialmente em uma (1) UBS tradicional e não foi implantado em três (3) ESF e duas (2) UBS tradicionais.

Segundo Minas Gerais (2009e, p.44) “a classificação de risco visa a identificação rápida dos casos que apresentem maior gravidade, dentro do pressuposto que a ausência do atendimento possa acarretar o agravamento do quadro clínico”. Assim, as unidades que ainda não implantaram este protocolo, continuam a avaliar a gravidade da situação, sem um critério clínico e limitam a qualidade do acolhimento humanizado aos pacientes em risco.

A SES/MG padronizou a utilização do Protocolo de Manchester que possibilita a classificação de risco em todos os pontos de atenção primária, secundária e terciária, sendo informatizado, passível de auditoria clínica e não trabalha com diagnóstico. Tem como base a classificação de risco a partir de determinantes (sinais ou sintomas) e para cada determinante tem-se um fluxograma decisório. Classifica em cinco categorias por grau de prioridade e os níveis são identificados por cores (MINAS GERAIS, 2009e).

Estudos têm apontado a resistência por parte de alguns profissionais na implantação deste protocolo. Martins (2012) verificou em seu estudo que na opinião dos médicos e enfermeiros esta ferramenta não é adequada para ser implantada na atenção primária e sim na rede hospitalar, o que demonstra uma falta de compreensão em relação à APS como porta de entrada do usuário para os demais serviços de saúde possibilitando uma melhoria do acesso a rede de urgência e emergência e organização do fluxo de atendimento nas unidades.

Apesar das dificuldades de implantação deste protocolo no município em estudo, o Governo de Minas tem investido e incentivado a adoção desta estratégia, inclusive com destinação de recursos financeiros aos municípios para a aquisição de instrumentos para a sua implantação (MINAS GERAIS, 2010f), porém, o repasse financeiro e a instalação do computador e software não garantem o seu uso, o que determina um desperdício do dinheiro do contribuinte.

Segundo a Resolução da SES nº 2334 de 08 de junho de 2010 foi repassado ao município de Itajubá/MG o valor de R\$ 84.359,80 para a implantação do Protocolo de Manchester em 10 pontos de atenção. Este valor foi destinado para a aquisição de

equipamentos do posto de triagem para os pontos de atenção primária. A prestação de contas quanto à utilização deste recurso deveria ser feita à Gerência Regional de Saúde (GRS) até o dia 05 de dezembro de 2010, caso contrário, o município devolveria este recurso ao Estado (MINAS GERAIS, 2010f).

Considerando que o município em estudo possui 22 unidades de APS, que o mesmo recebeu recursos para implantar o Protocolo de Manchester em 10 pontos e que o nosso estudo foi realizado com 10 unidades de saúde, não podemos aqui afirmar que ele não foi implantado nos 10 pontos, porém, podemos afirmar que menos da metade das unidades de APS terão esta ferramenta de trabalho para a triagem dos pacientes, nos remetendo a refletir o porquê da não cobertura total das unidades com esta ferramenta de triagem?

Avançando nesta discussão, o estudo revelou que o contrato de gestão do programa Saúde em Casa foi implantado em todas as ESF e na UBS reorganizada pela ESF e não foi implantado nas UBS tradicionais.

Estes dados se justificam ao analisar que o Projeto Estruturador Saúde em Casa foi implantado com o objetivo de “melhorar a qualidade da atenção à saúde e reforçar a reorganização da atenção primária pela estratégia saúde da família” (MINAS GERAIS, s/d, p.26).

Os municípios mineiros que aderiram ao Projeto Estruturador Saúde em Casa assinaram o termo de compromisso com a SES/MG, e assim foram habilitados a gozar de todos os benefícios disponibilizados pelo projeto e se comprometeram a executar as ações conforme pactuação de resultados e o cumprimento de metas específicas para a APS. Mensalmente recebem um incentivo financeiro para cada equipe de saúde da família, proporcionalmente às metas cumpridas, para ser utilizado exclusivamente na melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica (MINAS GERAIS, 2010b).

Assim, o foco principal deste projeto está voltado para as unidades de saúde da família, que por meio de um plano de contrato de gestão se comprometeram com a gestão municipal a planejarem suas ações com vistas a alcançarem as metas de melhoria da atenção primária que incluem 100% da cobertura populacional da ESF, 90% de recém nascidos com a cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal, 95% da cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade e 90% de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizados nas faixas etária de 25 a 59 anos em relação à população alvo (MINAS GERAIS, 2010b; BRASIL, 2013b).

Apesar das ESF terem implantado o contrato de gestão do Saúde em Casa, isso não significa que o monitoramento das ações propostas está sendo realizado. Assim, foi evidenciado que apenas três unidades de saúde da família desenvolvem um sistema de monitoramento, o que significa que 42,8% das referidas unidades apenas se comprometeram, via documento, com o cumprimento das metas, porém não estão envolvidas na prática com os objetivos traçados.

As reuniões de equipe constituem um importante momento de discussão do processo de trabalho e também podem ser utilizadas como uma oportunidade para discutir e monitorar as ações desenvolvidas pelos profissionais, principalmente no que tange as metas do Saúde em Casa. Uma alternativa para se desenvolver o sistema de monitoramento seria utilizar destas reuniões para acompanhar com mais precisão as metas pactuadas.

Por fim, o sistema de monitoramento das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde foi implantado em duas (2) equipes de saúde da família e em uma (1) UBS reorganizada pela ESF, foi implantado parcialmente em quatro (4) ESF, e nas três (3) UBS tradicionais não foi implantado.

Segundo Minas Gerais (2009d) o sistema de monitoramento consiste no trabalho de seguimento periódico dos objetivos e metas pré-determinadas na programação e acolhidos no contrato de gestão, com vistas ao aprimoramento da eficiência, efetividade e da qualidade dos serviços.

Este sistema de monitoramento é necessário, pois os resultados alcançados e demonstrados por ele servem para reajustar o processo de gestão de saúde e realinhar as ações aos objetivos propostos (MINAS GERAIS, 2009d).

A falta de monitoramento das ações por parte dos enfermeiros e também da administração municipal em relação à execução das atividades propostas no contrato de gestão impactou negativamente no alcance das metas pactuadas neste contrato.

Esta ausência de supervisão reflete em alguma extensão o resultado do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), onde verificou-se que no período de 2009 a 2011 o município de Itajubá/MG cumpriu apenas com um indicador, a cobertura de tetravalente em menores de 1 ano (BRASIL, 2013b). Este fato nos remete a refletir sobre os possíveis entraves no processo de trabalho das equipes e na gestão municipal que estão dificultando o alcance de metas, mesmo com todos os investimentos do governo estadual em treinamentos, aquisição de materiais, incentivos financeiros etc. A partir destes dados, é necessário que o gestor municipal juntamente com as equipes de saúde discutam

as intervenções que estão sendo desenvolvidas e realinhem novas estratégias de trabalho para o alcance dos objetivos propostos.

O não cumprimento das quatro metas estabelecidas gera uma perda de recurso ao município que outrora seria destinado à melhoria da APS. O fator de alocação¹⁷ de Itajubá/MG foi classificado como 1,1801, o que gera um incentivo mensal por equipe de R\$1.000,00, se forem cumpridas todas as metas (MINAS GERAIS, s/d). Assim, se o município cumpriu apenas com uma meta, ele receberá R\$ 625,00 mensais por equipe (MINAS GERAIS, 2010b), diminuindo significativamente o recurso utilizado na qualidade da APS e exigindo em contrapartida do município um aumento do gasto municipal com a saúde a partir de recursos próprios, sendo que estes poderiam ser destinados a outros investimentos municipais.

O Quadro 3 ilustra o resultado da avaliação do IDSUS no município de Itajubá/MG conforme os indicadores do Saúde em Casa.

INDICADORES AVALIADOS PELO PROGRAMA SAÚDE EM CASA		
Indicador/Ano	Nota de 0 a 10	Resultado do indicador
Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde/ 2011	5,00	50%
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal/ 2009 a 2011	8,21	73,9%
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária/ 2009 a 2011	5,04	45%
Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano/ 2009 a 2011	10,0	103,6%

Quadro 3 - Avaliação dos indicadores do Projeto Estruturador Saúde em Casa no município de Itajubá/MG no período de 2009 a 2011.

Fonte: Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS) (BRASIL, 2013b).

A partir deste levantamento, fica clara a importância da execução das ações propostas no contrato de gestão e do acompanhamento contínuo de seus resultados pelo gestor estadual, além de um real compromisso dos gestores municipais na supervisão direta das atividades desenvolvidas pelas equipes da APS.

¹⁷ O fator de alocação é o índice desenvolvido pela Fundação João Pinheiro e do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional para ser utilizado na classificação dos municípios a partir de dois critérios: as necessidades relativas de cuidado com a saúde e a capacidade de autofinanciamento. Assim, possibilita definir uma distribuição mais equitativa de recursos e permite estabelecer um *ranking* dos municípios segundo uma escala crescente de necessidades em saúde (MINAS GERAIS, s/d).

Para Mendes (2012) é necessário uma maior destinação de recursos financeiros para serem aplicados na atenção básica, como forma de otimizá-la. Porém, podemos perceber pelas discussões anteriores, que o governo está disposto e consciente desta necessidade, mas por outro lado, exige em contrapartida dos municípios o desenvolvimento de um serviço de qualidade que impacte diretamente nos indicadores de saúde, como forma de repassar aos mesmos um incentivo financeiro. Assim, se o município não trabalha neste sentido, terá uma restrição orçamentária e provavelmente possíveis debilidades na atenção primária.

Cabe destacar que o governo investiu 4 milhões com o desenvolvimento do PDAPS (MATOS, 2008). Sabe-se, que em todo investimento é esperado um retorno positivo, e no caso do PDAPS, espera-se a melhoria da qualidade da atenção primária, caso contrário, podemos considerar que houve perda de recurso público.

A gestão da clínica é complexa e envolve uma série de elementos, o que nos leva a considerar que as unidades de saúde avaliadas ainda não estão preparadas para desenvolver este processo, devido à fragilidade da atenção primária apontada até então. Percebe-se que a APS ideal e planejada pelo PDAPS ainda está distante de ser alcançada em nossa realidade, pois até mesmo os instrumentos de gestão da clínica e normalização/SES ainda não foram implantados em sua totalidade.

Cabe destacar que as atividades propostas pelo PDAPS já faziam parte do processo de trabalho das equipes da Atenção Básica, que outrora já haviam sido estabelecidas pela Portaria N° 648/GM de 28 de março de 2006, no item 5 do Capítulo 1, que foi revogada pela Portaria N° 2.488 de 21 de outubro de 2011, não constituindo assim, algo novo a ser implementado pelos serviços de atenção básica, o que já deveriam ter sido implantadas pelas equipes.

Em suma, o PDAPS veio como uma inovação na reorganização da APS que constitui o primeiro nível de atenção à saúde do SUS, considerando principalmente a reorganização a partir das ESF, priorizando os princípios e diretrizes do SUS em todos os seus aspectos e servindo como uma ferramenta para ser implementada a partir do comprometimento de todos os atores envolvidos neste processo, porém, por ser uma proposta política, não houve continuidade deste plano na mudança do governo, de modo que não houve continuidade de cobrança e monitoramento das ações propostas pelo referido plano.

6.3 ANÁLISE TEMÁTICA

Para análise dos dados referentes às questões abertas foi utilizada a Análise de Conteúdo na dimensão temática.

O atual estudo buscou investigar a concepção dos enfermeiros em relação ao PDAPS, as facilidades e dificuldades encontradas pelos mesmos no processo de implantação do plano e os custos de transação presentes nesta implantação.

As informações obtidas foram analisadas de forma sistemática, conforme já descrito anteriormente.

Os trechos das entrevistas e a correlação com o referencial conceitual e com estudos relacionados com a temática em questão foram articulados de maneira a conferir sequência ao entendimento do significado das categorias, mediante as questões propostas para este estudo.

As informações obtidas foram analisadas segundo as dimensões, categorias e sub-categorias (QUADRO 4).

Foram elaboradas três dimensões, sete categorias e dezessete sub-categorias.

DIMENSÕES	CATEGORIA(S)	SUB-CATEGORIAS
Concepção dos enfermeiros acerca do PDAPS	Reorganização e padronização do serviço de saúde na atenção primária	Implantação dos instrumentos de normalização da SES/MG Implantação dos instrumentos de gestão da clínica Instrumento de educação permanente
Facilidades na implantação do PDAPS segundo os enfermeiros	Envolvimento profissional	Comprometimento da equipe de saúde na implantação do PDAPS Comprometimento e qualidade no repasse das oficinas pelos facilitadores Reunião dos profissionais de saúde nas oficinas
	Gestão da clínica	Manutenção dos instrumentos de gestão da clínica
	Ausência de facilidades na implantação do PDAPS	-
Dificuldades na implantação do PDAPS segundo os enfermeiros	Custo de transação informacional	Insuficiência de pessoal Insuficiência de recursos materiais e infraestrutura Quadro de recursos humanos desqualificados
	Custo de transação de agência	Multiplicidade de tarefas Monitoramento da burocracia Execução das ações propostas nas oficinas Falta de comprometimento profissional
	Custo de transação político	Oportunismo político Incerteza

Quadro 4 - Construção das dimensões, categorias e sub-categorias. Itajubá/MG, 2013

6.3.1 Dimensão: Concepção dos enfermeiros acerca do PDAPS

Nesta dimensão foi analisada a concepção que os sujeitos da pesquisa possuem acerca do PDAPS. Esta análise foi possível após o estudo das respostas referentes à primeira pergunta da entrevista semi-estruturada “*O que é o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde?*” O objetivo desta questão foi verificar se os enfermeiros realmente compreenderam a proposta do PDAPS, entendendo que só a partir da compreensão do significado de uma política de saúde e de sua importância para o sistema de saúde e para a comunidade, é possível lutar para a sua plena efetivação. Desta dimensão surgiram uma categoria e três sub-categorias.

6.3.1.1 Categoria: Reorganização e padronização do serviço de saúde na atenção primária

Verificou-se que para os entrevistados a concepção geral acerca do PDAPS está relacionada à reorganização e padronização do serviço de saúde na atenção primária.

Cabe destacar que a definição do PDAPS estabelecida por Minas Gerais (2009a) não foi citada em nenhum momento pelos entrevistados. As suas respostas estão relacionadas ao objetivo geral e específico do plano, como veremos a seguir. Desta forma, podemos afirmar que a concepção que os enfermeiros possuem acerca do PDAPS está diretamente relacionada aos seus objetivos.

“O Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde é a estratégia de implantação do projeto estruturante do governo do Estado, o Saúde em Casa” (MINAS GERAIS, 2009a). Assim, por meio do PDAPS o governo deu início à implantação do Saúde em Casa, nos municípios mineiros, e buscou atingir um dos objetivos principais que é garantir que Minas Gerais seja o melhor estado para se viver.

Assim, constatou-se que a ideia central do PDAPS foi muito bem compreendida por todos os enfermeiros deste estudo.

As falas a seguir ilustram claramente a concepção geral acerca do PDAPS, sendo que a partir delas foi possível estabelecer as sub-categorias.

Dado a riqueza destas falas que originaram o tema em questão, entendemos que é extremamente relevante para este estudo que elas sejam apresentadas, embora não façam parte das sub-categorias.

“É uma reorganização da assistência, pra gente foi uma coisa muito boa porque ele veio nortear o atendimento de enfermagem, do médico, do agente de saúde e foi um momento que a gente reorganizou o que a gente já fazia.” (F1)

“... todo mundo falando a mesma linguagem, o serviço seria único, seria esquematizado entendeu?” (E1)

“... com o objetivo de todo mundo trabalhar igual, então, por exemplo, o que é oferecido numa unidade básica, em todas as unidades básicas teriam que ser oferecidos, os mesmos serviços, tudo...” (C1)

“... por que a saúde pública tava assim muito jogada, cada um fazia de um jeito, então ele começou a organizar o trabalho, todo mundo falando a mesma língua...” (G1)

“É uma tentativa de reorganização da saúde do município e Estado para se facilitar o processo do SUS e ter saúde de qualidade, todos falando a mesma língua.” (B1)

“Para mim o plano diretor é um plano que veio para reestruturar a saúde.” (H1)

“... então eu acho que o plano diretor ele vem como um esqueleto, como uma estrutura para um sistema que já existe, a atenção primária já existe, só que é um sistema fragmentado e o plano diretor não, ele vem direcionar a atenção primária dentro do serviço de saúde.” (J1)

Os discursos apresentados anteriormente demonstram que alguns dos enfermeiros não conhecem a proposta da ESF e de seus instrumentos, seja porque não tiveram uma boa formação acadêmica e profissional para a atenção primária ou porque não dominam os instrumentos gerenciais deste nível de atenção. Assim, se há necessidade de reorganizar, significa que o sistema não está organizado.

A seguir segue a análise das sub-categorias presentes nesta categoria, com as falas dos sujeitos que as sustentaram.

6.3.1.1.1 Sub-categoria: Implantação dos instrumentos de normalização da SES/MG

A implantação dos instrumentos de normalização da SES/MG como o Manual da Atenção Primária à Saúde, o Prontuário de Saúde da Família e as Linhas-Guias de Atenção à Saúde constitui um dos objetivos específicos do PDAPS (MINAS GERAIS, 2009a).

Para alguns participantes deste estudo, a concepção que possuem acerca do PDAPS está relacionada com a implantação destes instrumentos.

“... para organização através das linhas-guias.” (H1)

“... fazer o nosso trabalho conforme normas de atenção primária à saúde, que a gente possa atender a comunidade com relação à prevenção, promoção da saúde...” (I1)

A elaboração e publicação, pela SES/MG, das diretrizes clínicas referentes à mulher, criança, adolescente, idoso, hipertensão arterial, tuberculose, hanseníase, HIV/Aids, saúde bucal e saúde mental se deve ao problema da inexistência de diretrizes clínicas com base em evidências, levantado a partir do diagnóstico da APS no Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009a). Assim, o governo elaborou e disponibilizou este material, via papel ou eletrônico, para que as unidades de saúde possam utilizá-los como forma de nortear suas ações.

As linhas-guia e prontuários da família propõem a sistematização das ações desenvolvidas nas unidades de saúde, de forma que todas possam trabalhar da mesma forma, seguindo o mesmo padrão de qualidade. Com isso, pretende-se findar com o problema levantado no diagnóstico situacional de Minas Gerais, onde cada unidade de saúde desenvolvia suas ações de forma diferenciada, sem um norte, sem uma organização.

As linhas-guia e protocolos clínicos devem cumprir com a função gerencial que decorre da necessidade de se controlar a lei da variabilidade clínica nos serviços de saúde, instrumentalizar os profissionais na tomada de decisão e homogeneizar as condutas clínicas (MINAS GERAIS, 2009d).

As diretrizes clínicas que incluem os protocolos clínicos e linhas-guia são de extrema relevância na prática de saúde. Segundo Eddy (1990 apud MINAS GERAIS, 2009d) constituem instrumentos de normalização do padrão do cuidado em saúde e possuem como propósito orientar os profissionais de saúde quanto às intervenções clínicas, fundamentadas

em evidências clínicas e na avaliação tecnológica com o objetivo de garantir qualidade ao atendimento.

Este instrumento de padronização do atendimento surge como uma alternativa de organizar o serviço de saúde já existente, como demonstra a fala a seguir:

“... nada daquilo que a gente não conheça, só que é de uma forma organizada, sistematizada, baseada em protocolos, baseada em teorias, em conhecimentos, numa didática...” (J1)

6.3.1.1.2 Sub-categoria: Implantação dos instrumentos de gestão da clínica

A implantação dos instrumentos de gestão da clínica constitui outro objetivo específico do PDAPS. Estes instrumentos estão relacionados ao diagnóstico local, programação local e municipal, protocolo de classificação de risco, contrato de gestão e sistema de monitoramento (MINAS GERAIS, 2009a).

De acordo com alguns entrevistados, o PDAPS veio com a proposta de reorganizar a saúde por meio da implantação destes instrumentos, como demonstram as falas no decorrer deste texto.

Porém, cabe destacar que a proposta inicial da ESF já abordava a atenção à saúde a partir do diagnóstico local, da programação local e municipal, do protocolo de classificação de risco, do sistema de monitoramento dentre outros. Assim, alguns enfermeiros compreenderam esta proposta inicial só agora com a implantação do PDAPS, como se fosse algo novo a ser implementado nas unidades de APS, como demonstra as falas a seguir:

"É reestruturar todo esse serviço nosso que ele não é estruturado para atender a comunidade, sem objetivos, sem metas. Eu acredito que esse plano diretor veio pra isso, realmente de superar as dificuldades que a gente enfrenta hoje. Pra mim foi o que eu senti em cada oficina que a gente ta errado em algumas coisas, entendeu? Tem coisa que a gente trabalha sem meta, sem referência, entendeu? Por quê? Eu acredito que ali seria como se diz, “dar nome aos bois”, seria organizar todo o serviço, todo o serviço único, a gente trabalharia unicamente dentro da secretaria de saúde, todo mundo falando a mesma linguagem, o serviço seria único, seria esquematizado entendeu? Cada oficina foi mostrando pra gente." (E1)

"... mudou totalmente a visão que a gente já tinha de saúde pública e de estratégia saúde da família." (F1)

A adscrição de área permite aos profissionais de saúde conhecer a realidade local e a partir daí realizar o diagnóstico situacional, para que assim possa ser realizada a programação das atividades locais, de acordo com as necessidades levantadas. Este instrumento de gestão da clínica foi compreendido pelo sujeito de pesquisa C1.

"... de reorganizar, de facilitar o jeito que você está trabalhando, pra gente ter um melhor conhecimento da comunidade através da adscrição." (C1)

O PDAPS vem resgatar e organizar a forma de trabalhar com a demanda espontânea – urgência e emergência - e com a demanda programada, de forma a direcionar as atividades realizadas na unidade, como demonstram as falas a seguir:

"... eu vejo como uma organização do sistema de saúde no município, direcionando as nossas atividades, o funcionamento do posto, o atendimento ao público..." (D1)

"... ele vem pra nortear as nossas condutas, entendeu? Dentro de uma equipe. O acolhimento da comunidade por meio da classificação de risco..." (II)

A atenção programada abrange todos os ciclos de vida, estruturados a partir das linhas-guia e operacionalizados por redes integradas de atenção, com o objetivo de promover a saúde, identificar precocemente e controlar as patologias de relevância, prestar assistência de forma integrada e resolutiva e organizar o serviço, pautando-se não mais pelos eventos agudos, e sim pela abordagem dos problemas crônicos e/ou condições crônicas (MINAS GERAIS, 2009d).

O acolhimento nas unidades ocorre por meio da demanda espontânea e demanda programada. Segundo Minas Gerais (2009e), ele tem como propósito identificar a população residente no território de abrangência da unidade de saúde, reconhecer e responsabilizar-se pelos problemas de saúde, organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato.

O acolhimento através da classificação de risco, como descrito anteriormente por um dos sujeitos de pesquisa, propõe uma inovação, ao modificar a lógica do atendimento, que antes era por ordem de chegada e agora por um processo de identificação da clientela em

situação de emergência ou de urgência, priorizando-a para um atendimento imediato, procurando diminuir a possibilidade de agravamento do caso (MINAS GERAIS, 2009e).

Assim, de acordo com um estudo realizado por Belga e Silva (2003) ao avaliar, segundo os gestores de saúde, o impacto do PDAPS nos municípios mineiros, o acolhimento humanizado discutido na oficina 5 “*Acolhimento e classificação de risco*”, verificou-se que a equipe despertou-se para a necessidade de humanizar o processo de acolhida da população, principalmente durante a procura pela demanda espontânea.

O contrato de gestão abordado pelo PDAPS estabeleceu metas e prazos para o cumprimento das ações de atenção básica, como forma de garantir repasse financeiro às equipes de saúde.

Esta inovação foi percebida e relatada pelos sujeitos de pesquisa, quando se referem ao estabelecimento de metas e prazos na organização do sistema e se posicionam positivamente frente a estas exigências.

“É reestruturar todo esse serviço nosso que ele não é estruturado para atender a comunidade, que é sem objetivos, sem metas... Tem coisa que a gente trabalha sem meta, sem referência, entendeu? Por quê?” (E1)

“O mais interessante que eu acho é que propõe metas e objetivos que serão cumpridos...” (F1)

O contrato do programa Saúde em Casa discutido na oficina 7 “*Contrato de Gestão*” pactuou indicadores e metas de desempenho, definiu obrigações e as responsabilidades das partes, estabeleceu as condições para a sua execução e a concessão dos incentivos e investimentos do Saúde em Casa, dentre outros (MINAS GERAIS, 2010b).

Por mais que os enfermeiros compreenderam o PDAPS como uma estratégia de implantar os instrumentos de gestão da clínica, podemos perceber que na realidade os mesmos não foram implantados ou o foram de forma incipiente, conforme demonstra a Tabela 6. Este fato demonstra uma dificuldade de operacionalização deste plano.

6.3.1.1.3 Sub-categoria : Sistema de educação permanente

Em sua designação mais genérica, Valle (2009) conceitua a educação como uma atividade tão antiga quanto a própria instituição de uma sociedade minimamente organizada. Para Souza et al. (1991), atualmente existe um consenso que a educação é um processo contínuo que acompanha toda a vida do homem.

A proposta de educação permanente surge na perspectiva de reconceituar os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde. No ano de 2004, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, responsável por propor e formular as políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde, introduz a educação permanente como política pública ao divulgar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (DUARTE, 2012).

A legislação vigente aponta como competência do SUS entre outras atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” e “incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico” (BRASIL, 1988).

De acordo com Ceccim e Ferla (2009), a educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Como prática de ensino-aprendizagem significa produzir conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo como base de interrogação e mudança, os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores. Como política de educação na saúde, envolve a contribuição do ensino à construção do SUS.

Assim, a proposta do PDAPS está diretamente relacionada com o processo de educação permanente, a partir da estratégia educacional do Saúde em Casa.

O sistema de Educação Permanente para profissionais de saúde será desenvolvido em colaboração com as universidades regionais mineiras; é um sistema que visa dar suporte pedagógico a grupos de profissionais, em toda sua vida profissional, por intermédio de professores-tutores que estarão localizados nas microrregiões assistenciais do Estado (MINAS GERAIS, s/d, p. 29).

Para alguns dos sujeitos desta pesquisa, a concepção do PDAPS está relacionada com esta prática pedagógica, traduzindo a importância desta modalidade para aprimorar a prática diária nos serviços de saúde.

“... ele vai melhorar o que a gente tava fazendo antes por meio dos conhecimentos adquiridos nas oficinas.” (A1)

“... o serviço seria único, seria esquematizado entendeu? Cada oficina foi mostrando pra gente.” (E1)

Observamos em outros relatos que as oficinas constituíram um momento de discussão e reflexão do processo de trabalho das equipes, chegando à conclusão que realmente a forma como estavam exercendo as atividades profissionais estava confusa e necessitava de um direcionamento voltado para a sua melhoria.

“... a gente começou a ver o que a gente não fazia e o que a gente tava fazendo meio torto, então assim, mudou totalmente a visão que a gente já tinha de saúde pública e de estratégia saúde da família.” (F1)

“Pra mim foi o que eu senti em cada oficina que a gente ta errado em algumas coisas, entendeu?” (E1)

Estas falas expressam o alcance dos objetivos da proposta pedagógica utilizada pelo PDAPS, que foi trabalhar o processo de educação permanente por meio do Currículo Integrado, como caminho metodológico, onde é possível “problematizar a realidade e integrar a teoria à prática social” (MINAS GERAIS, 2009a).

Neste sentido, a partir da identificação de problemas é possível avançar no processo reflexivo, tendo como base a teoria para, assim, ampliar a compreensão do problema, “elaborar soluções contextualizadas, exercitando, desta forma, a autonomia de pensamento e a tomada de decisões nos diversos contextos em que se atua” (MINAS GERAIS, 2009a).

O estudo de Silva et al. (2012) corroboram as questões levantadas neste estudo, ao identificarem o PDAPS como estratégia potente para melhorar a atenção primária no município em análise, destacando que a qualificação foi apresentada pelos participantes como um ponto positivo ao vislumbrarem as mudanças após a participação nas oficinas.

Os autores ainda salientam que, apesar da falta de compreensão por parte de alguns profissionais, o PDAPS exerceu importante papel na educação permanente em saúde ao provocar reflexões sobre o trabalho na APS, constituiu um momento importante de troca de

experiências e ofertou ao serviço ferramentas de organização do trabalho desconhecidas até então.

A partir dos discursos apresentados por esta sub-categoria "Sistema de educação permanente", podemos perceber a importância da realização contínua de educação permanente aos profissionais da APS, pois estes não possuem o real conhecimento do que vem a ser a ESF e da forma correta de trabalhar com a atenção primária, e estão atuando a partir de demandas espontâneas, sem uma proposta de serviço que vise a atenção programada e voltada para as reais necessidades da comunidade. Assim, podemos dizer com base no ditado popular que a atenção à saúde destes profissionais está voltada para "apagar incêndio". Mais ainda, estes discursos indicam uma necessidade de melhorar a formação profissional na graduação em enfermagem para o SUS e mais especificamente para a atenção primária.

6.3.2 Dimensão: Facilidades na implantação do PDAPS segundo os enfermeiros

Nesta dimensão serão abordadas as facilidades que os enfermeiros tiveram na implementação do PDAPS.

Esta análise temática foi possível após o estudo da segunda pergunta da entrevista semi-estruturada “*Em relação à implantação do PDAPS, no município de Itajubá, fale sobre as facilidades, se houveram*”.

Nesta dimensão surgiram três categorias e quatro sub-categorias que serão discutidas a seguir.

6.3.2.1 Categoria: Envolvimento profissional

Esta categoria refere-se ao "*Envolvimento profissional*" como uma das facilidades encontradas pelos enfermeiros na implantação do PDAPS.

O envolvimento com o trabalho é um dos componentes que representam o vínculo do indivíduo com o trabalho, definido como o grau em que o trabalho consegue ser importante e envolvente para o trabalhador (SIQUEIRA, 1995).

Para alguns sujeitos, os profissionais de saúde e os facilitadores tiveram um grau de envolvimento com a implementação do PDAPS, de forma que esta proposta foi recebida como algo importante para a melhoria da APS, o que contribuiu com a dedicação destes profissionais na sua execução. Vale destacar que nenhum discurso se referiu ao envolvimento dos poderes administrativos, o que entendemos como algo extremamente importante para a efetividade de uma política de saúde.

A mesma será representada por três sub-categorias que serão discutidas a seguir.

6.3.2.1.1 Sub-categoria: Comprometimento da equipe de saúde na implantação do PDAPS

Comprometimento significa “ação de arcar com um compromisso feito a alguém, se utilizando de regras propostas a fim de se alcançar a exatidão do ato ou ação” (DICIONÁRIO INFORMAL, 2008).

Pode-se perceber que as falas dos sujeitos traduzem o comprometimento referente à equipe de saúde do enfermeiro entrevistado como aspecto facilitador na implantação do PDAPS. Fica claro que algumas equipes se empenharam e acreditaram nesta proposta.

“Em relação as facilidade, é, a minha equipe especificamente, todos queriam que o plano diretor desse certo, nós abraçamos a causa, e a medida que as oficinas iam acontecendo, nós fomos desenvolvendo dentro da equipe o que era possível.” (B1)

“Aqui todos participaram, a equipe toda da UBS participou do plano diretor, então não foi só o enfermeiro, foi o técnico, até os serviços gerais foram, eles participaram, para entender realmente a mudança que poderia vir, que a gente estava pretendo fazer, entendeu?” (E1)

Para a implantação do PDAPS é necessário um esforço conjunto de profissionais, gestores e cidadãos para que a APS seja fortalecida (MINAS GERAIS, 2009a).

Assim, não basta o enfermeiro ou o facilitador estarem empenhados na efetivação do PDAPS, é necessário a união e o comprometimento de todos os envolvidos nesta caminhada.

“Eu acho que as facilidades dentro da equipe foram assim, eu acho que cada um que fazia parte da equipe eu acho que tentou por si só ajudar a implantar o plano dentro da equipe, da forma como a gente recebeu o curso, a gente tentou fazer com que isso tivesse andamento...”

(II)

Observamos nos discursos apresentados anteriormente que o empenho na efetivação do PDAPS está relacionado à equipe do enfermeiro entrevistado, não fazendo alusão ao comprometimento de outras equipes neste processo.

O comprometimento profissional, no desenvolvimento das atividades propostas pelo PDAPS, constitui um dos requisitos fundamentais para a concretização desta política de saúde, porém, verificou-se que dos 11 entrevistados, apenas três destacaram o comprometimento de sua equipe, o que demonstra que a maioria das equipes entrevistadas não estava definitivamente envolvida e comprometida com esta proposta.

6.3.2.1.2 Sub-categoria: Comprometimento e qualidade no repasse das oficinas pelos facilitadores

Esta sub-categoria foi a de maior evidência na categoria *“Envolvimento profissional”*.

O comprometimento dos facilitadores e a qualidade no repasse das oficinas tiveram um destaque importante pelos sujeitos deste estudo ao serem questionados sobre as facilidades encontradas na implantação do PDAPS.

“... facilidade eu acho que foi a boa vontade do pessoal da coordenação...” **(G1)**

“Quanto às facilidades, eu acho assim, o pessoal que fez as oficinas e depois repassaram as oficinas pra cá, eu acho que foi bem repassado, eu acho que elas foram as meninas, as enfermeiras que souberam dar o recado, vamos dizer assim, o que elas receberam de informações, elas conseguiram passar.” **(C1)**

“... foi muito bem passado pela equipe de saúde...” **(E1)**

“... da forma como a gente recebeu o curso, porque foi muito bem recebida...” **(II)**

O facilitador assinou um termo no qual se comprometeu a:

Participar integralmente das oficinas de capacitação dos facilitadores; planejar e executar a replicação das oficinas a nível municipal, responsabilizando-se pelo mesmo grupo de equipes e profissionais durante todo o percurso das oficinas; reportar-se ao Coordenador Municipal para questões gerenciais; reportar-se ao Tutor universitário para questões metodológicas; informar o Coordenador Municipal sobre o desenvolvimento das oficinas, através de relatórios padrão; supervisionar as atividades do período de dispersão das equipes e a implantação dos instrumentos do PDAPS; identificar eventuais problemas durante o processo de implantação e buscar soluções adequadas; avaliar o cumprimento das metas definidas no plano diretor; informar o Coordenador Municipal sobre o desenvolvimento das atividades do período de dispersão, através de relatórios padrão e participar dos momentos de avaliação da implantação do plano diretor (MINAS GERAIS, 2009a, p.21).

Assim, os facilitadores foram peça chave neste processo, constituindo o elo entre as equipes de saúde e a coordenação municipal e tutor universitário, contribuindo com o desenvolvimento efetivo deste plano.

Os discursos revelaram que os facilitadores que ficaram até o final das dez oficinas acreditaram neste plano e fizeram o possível para repassar as oficinas de forma clara e objetiva aos demais profissionais de saúde, mobilizando-os sobre a relevância desta política para a melhoria da qualidade da atenção primária no referido município.

“... as poucas pessoas que se interessaram, são aquelas pessoas comprometidas, como os facilitadores, isso pra mim foi um facilitador, de está com pessoas que queriam fazer valer o plano diretor, que acreditam na atenção primária, isso facilitou, porque o trabalhar em conjunto facilita.” (J1)

“... eu acho que a única facilidade foi a disponibilidade do pessoal mesmo de brigar para a implantação, de estar disposto a qualquer hora, vir mostrar pra gente, ajudar, rever o que tava errado, refazer, eles pegaram os livros e colocaram da maneira mais fácil pra gente, fizeram gráficos, fizeram tabelas, tudo pra que a gente pudesse entender, pudesse fazer ...” (G1)

O estudo de Belga e Silva (2013), ao avaliar a percepção dos gestores acerca do impacto da implantação do PDAPS na APS, vem ao encontro dos discursos levantados anteriormente, ao apontarem positivamente pelos gestores, o envolvimento dos facilitadores e a habilidades dos mesmos em compreender o que foi proposto e transmitir o conteúdo para os participantes de forma criativa, aplicável e lúdica.

“... eu acho que a maior facilidade foi isso, foi a boa vontade e a disposição do grupo que sobrou, foram cinco ou seis pessoas, de mostrar a importância do plano diretor para o nosso trabalho.” (G1)

“Apesar do grupo no começo dos facilitadores, acho que eram treze ou quatorze, e nós acabamos em quatro, mas os quatro, a gente tentou fazer o máximo que a gente conseguiu.” (I1)

Para Lanzoni et al. (2009) os facilitadores trouxeram aos participantes das oficinas novas maneiras de fazê-los compreender a dinâmica social, as políticas de saúde, os processos de trabalho, bem como seu papel no contexto organizacional da saúde.

No entanto, vale destacar que o sucesso da aprendizagem depende não só da disposição do facilitador e da compreensão dos sujeitos envolvidos em assumirem a sua responsabilidade enquanto trabalhador da saúde, mas também do apoio da gestão local (GIL, 2005), como demonstra o discurso a seguir.

“Como facilitadora a gente demonstrava, a gente falava das metas, a gente falava, olha gente a gente tem que mudar, a qualidade, tem que agregar valor as coisas que a gente faz hoje, muita coisa não é que a gente não faça, é porque não está organizado, não está preparado...(J1)

Este discurso descreve o comprometimento do facilitador com o processo educacional e ao mesmo tempo reflete a dificuldade deste em operacionalizar este processo a partir de uma desordem do sistema.

6.3.2.1.3 Sub-categoria: Reunião dos profissionais de saúde nas oficinas

Apenas um sujeito de pesquisa fez alusão à oportunidade de reunir os profissionais de saúde nas oficinas como uma facilidade para a implantação do PDAPS.

“A facilidade foi assim conseguir reunir toda parte da saúde, todos os funcionários, enfermeiros, médicos, agente comunitário, eu achei isso muito bom.” (D1)

Os participantes das oficinas municipais foram todos os técnicos com atuação direta ou indireta na atenção primária como: profissionais das equipes de saúde da família e de unidades de saúde convencionais, gerentes das UBS e técnicos do nível central, como coordenadores da APS, planejamento e educação permanente (MINAS GERAIS, 2009a).

Segundo o estudo de Silva et al. (2011), o momento das oficinas foi discutido como uma ocasião importante para mobilizar, em conjunto, todos os profissionais envolvidos, bem como o desenvolvimento crítico-reflexivo a partir do compartilhamento de experiências profissionais.

A diversidade de profissionais envolvidos em um mesmo local, com os mesmos propósitos, numa discussão única, contribuiu grandemente para o crescimento profissional e da saúde pública municipal, ao compartilhar suas idéias, suas opiniões, suas experiências, suas dificuldades, buscando em conjunto contribuir para o desenvolvimento de uma saúde de qualidade.

Porém, o que percebemos em nossa prática diária é uma escassez de momentos de discussão e reflexão da saúde local, entre as diversas categorias profissionais que atuam nas unidades de saúde, o que demonstra um corpo técnico fragmentado, que apesar de ser composto por uma equipe multiprofissional, inexistente a interdisciplinariedade tão importante para a efetividade do sistema.

A integração e interdisciplinaridade constituem um desafio a ser enfrentado, uma vez que em muitas unidades o trabalho é realizado em grupo e não em equipe. Frequentemente, o resultado é um descompasso na assistência, apresentado sob a forma de esforço duplicado e posições e ações contraditórias dos profissionais (PIRES, 1999).

E o PDAPS veio mostrar com muita sutileza a importância do diálogo interdisciplinar, estabelecendo vínculo entre os profissionais e ao mesmo tempo se responsabilizando em conjunto pela melhoria da qualidade da saúde da população.

6.3.2.2 Categoria: Gestão da Clínica

Esta categoria insere-se na dimensão “*Facilidades na implantação do PDAPS segundo os enfermeiros*” e foi analisada a partir de uma sub-categoria.

6.3.2.2.1 Sub-categoria: Manutenção dos instrumentos de gestão da clínica

Pode-se perceber nos discursos dos sujeitos, que a facilidade na execução do PDAPS foi em relação à implantação de alguns instrumentos que anteriormente ao plano já haviam sido introduzidos na dinâmica da equipe.

Cabe destacar que os instrumentos de gestão da clínica e de normalização da SES/MG já eram propostos na política inicial da implantação do Programa Saúde da Família e em nosso estudo evidenciamos que apenas duas unidades, das seis unidades de saúde da família, já desenvolviam pelo ou menos alguns destes instrumentos, o que demonstra uma dificuldade destas unidades na efetivação do real modelo e dinâmica de atenção à saúde.

“... trabalhar com agendamento já foi mais fácil porque a gente já costuma trabalhar, eu tenho uma agenda de enfermagem, a gente já costuma trabalhar com agendamento.” (C1)

“A facilidade que a gente teve é que a gente já tinha a população adscrita, a gente já trabalhava com prontuário familiar, isso a gente já tinha um foco de saúde diferenciado do foco da unidade básica...” (F1)

Observa-se também neste último discurso que o sujeito consegue apontar como facilidade a adscrição de área por estar alocado na ESF, levando-nos a compreender que a UBS tradicional, por não ter o ACS, teria dificuldade neste aspecto, evidenciando dificuldades distintas entre as ESF e UBS tradicionais na efetivação deste elemento.

6.3.2.3 Categoria: Ausência de facilidades na implantação do PDAPS

Cinco entrevistados (45,4%) declararam não ter tido facilidades na implantação do referido plano, constituindo um dado muito significativo para a análise.

Alguns sujeitos foram enfáticos em suas respostas, ao serem questionados para discursarem sobre as possíveis facilidades que tiveram na implantação do PDAPS.

“Falando verdade, facilidade eu não tive nenhuma, nenhuma mesmo...” (A1)

“... então, facilidades eu não tive, eu tive dificuldades.” (E2)

“Eu não encontrei facilidade pra implantação não!” (H1)

A partir dos relatos abaixo dos sujeitos C1 e E1, foi possível perceber que houve contradição no decorrer dos seus discursos, pois citaram inicialmente facilidades, porém chegaram à conclusão que para a implantação do PDAPS não tiveram nenhuma facilidade.

Este fato talvez denote que, no desenrolar do discurso o sujeito foi recordando a implantação do PDAPS no município de Itajubá/MG, citando inicialmente algo que achou “fácil” para sua efetivação, porém, ao vir à tona o real processo, ao vivenciar novamente toda àquela experiência, se deu conta de que realmente não teve facilidades.

“Sinceramente, eu não tive facilidade não, não achei que teve facilidades pra gente ta implantando isso aqui não.” (C1)

“... então, eu achei assim, que eu não tive facilidade, a não ser lá no dia que nós recebemos as informações, as oficinas foram bem feitas tudo, de implantação nenhuma ta!” (C1)

“... foi muito bem passado pela equipe de saúde... Agora para as UBS eu acho que não teve nenhuma facilidade na implantação.” (E1)

Este último relato aponta mais uma vez para uma diferença de implantação do PDAPS entre as ESF e UBS tradicionais, o que não foi objetivo da nossa pesquisa avaliar as diferenças na implementação desta política nas distintas unidades de saúde, porém, constitui algo a ser explorado por futuros trabalhos.

Cabe destacar que a proposta de reorganização da atenção primária, a partir do PDAPS está voltada para todas as unidades lotadas no primeiro nível de atenção. No entanto, é extremamente compreensível que unidades com dinâmicas e processos de trabalhos diferentes, como é o caso das UBS tradicionais e ESF, tenham dificuldades e facilidades distintas.

O PDAPS constitui uma solução complexa e sistêmica para os problemas levantados na APS em Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009a). Assim, fica claro que para se implantar algo complexo e sistemático é inteligível que dificuldades serão enfrentadas, porém as facilidades também permearam este processo, por menores que sejam .

Neste estudo, verificamos que realmente foi extremamente complexo a implantação do PDAPS no município de Itajubá/MG, pois para 45,4% dos entrevistados, não houve facilidades na sua implantação, o que constitui um sério problema para a sua efetivação, para a gestão municipal de saúde e reflete algum problema mais sério de ordem gerencial, estrutural e político.

Assim, ousamos em levantar as seguintes hipóteses que poderão ser investigadas em futuros estudos avaliativos desta política de saúde:

- A implantação do PDAPS foi prejudicada pela falta de apoio da gestão municipal.
- A rotatividade dos profissionais interferiu na implementação do PDAPS.
- Não houve continuidade do Estado na proposta de implantação do PDAPS.
- A ausência de pactuação entre todos os setores envolvidos na implantação do PDAPS impactou negativamente na sua efetivação.
- A ausência de gerentes nas unidades de APS constituiu um fator dificultador na implantação do PDAPS nos municípios mineiros.

6.3.3 Dimensão: Dificuldades na implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde segundo os enfermeiros

Esta dimensão foi desenvolvida a partir da análise da segunda pergunta da entrevista semi-estruturada “*Em relação à implantação do PDAPS, no município de Itajubá, fale sobre as dificuldades, se houveram*”.

A análise temática se desenvolveu a partir do escopo da teoria do custo de transação.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Custo de transação informacional	Insuficiência de pessoal Insuficiência de recursos materiais e infraestrutura Problemas de comunicação entre órgãos e setores executores Quadro de recursos humanos desqualificados
Custo de transação de agência	Multiplicidade de tarefas Monitoramento da burocracia Falta de comprometimento profissional
Custo de transação político	Oportunismo político Incerteza

Quadro 5 - Análise temática das dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implantação do PDAPS. Itajubá-MG, 2013

As sub-categorias constituem as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implantação do PDAPS e foram os fatores determinantes dos custos de transação neste processo, evidenciados pelas categorias.

Iniciaremos o estudo desta dimensão a partir da análise freqüencial dos custos de transação e dos seus fatores determinantes.

Identificamos neste estudo a presença de três custos de transação na implantação do PDAPS no município de Itajubá/MG que serão discutidos adiante: custo de transação de agência, custo de transação informacional e custo de transação político.

O custo de transação de agência foi o custo de maior prevalência entre os demais custos, presentes em todas as unidades de saúde. Em segundo lugar, foi o custo de transação informacional e por último o custo de transação político (QUADRO 6).

CUSTOS DE TRANSAÇÃO	UNIDADES DE SAÚDE										F.abs	F. perc.
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J		
Custo de Transação de Agência	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10	100
Custo de Transação Informacional	x	x	x	x	x	x		x	x	x	9	90
Custo de Transação Político			x	x			x	x	x		5	50

Quadro 6 - Presença dos custos de transação na implantação do PDAPS por unidade de saúde. Itajubá-MG, 2013

Todos os custos de transação, informacional, de agência e político, se fizeram presentes nas unidades de saúde C, D, H e I. Nas unidades A, B, E, F e J, os custos de transação informacional e de agência foram encontrados e na unidade G teve a presença dos custos de transação de agência e político.

A análise dos custos de transação em políticas públicas auxilia no ajuste de planos, programas e políticas com vista à melhoria, aprimoramento e melhor aplicabilidade dos recursos públicos.

Assim, podemos observar a partir dos dados do Quadro 6, o quanto foi custoso para as equipes de saúde do município em estudo implantar esta política de saúde e o quanto é importante o estudo destes custos como forma de propor um realinhamento político e gerencial deste plano.

O custo de transação de agência esteve presente nas dez unidades de saúde em estudo, demonstrando a complexidade de agenciamento dos recursos humanos, o que talvez possa se explicar pela não implantação dos diversos instrumentos de gestão da clínica e de normalização da SES/MG como demonstrou a Tabela 6, pág.79.

O custo de transação informacional também foi um dos que mais impactou na efetivação do PDAPS, demonstrando a importância da transmissão adequada das informações nas redes de atenção à saúde, tanto na captação, processamento e retorno das mesmas, como requisito fundamental para a efetividade das políticas públicas.

O custo de transação político esteve presente em metade das unidades em estudo, demonstrando também o impacto negativo da influência política na efetivação do PDAPS, o que será discutido adiante.

Em suma, deparamo-nos com uma gama de fatores que se fizeram presentes na implantação do PDAPS. A partir desta análise, foi possível compreender o porquê da escassez de facilidades encontradas pelos enfermeiros nesta implantação, temática já discutida anteriormente. Ao total foram identificadas nove dificuldades que impactaram na implementação deste plano, como demonstra o Quadro 7.

CUSTO DE TRANSAÇÃO INFORMACIONAL	UNIDADES DE SAÚDE										TOTAL
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Insuficiência de pessoal	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	5
Insuficiência de recursos materiais e infraestrutura	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	4
Problemas de comunicação entre órgãos e setores executores	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	4
Quadro de recursos humanos desqualificados	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	7
CUSTO DE TRANSAÇÃO DE AGÊNCIA											
Multiplicidade de tarefas	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	4
Monitoramento da burocracia	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	7
Falta de comprometimento profissional	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
CUSTO DE TRANSAÇÃO POLÍTICO											
Oportunismo político	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
Incerteza	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	4
TOTAL	4	3	5	8	7	3	3	4	6	4	

Quadro 7 - Análise dos custos de transação e seus fatores determinantes evidenciados na implantação do PDAPS por unidade de saúde. Itajubá/MG, 2013

Silverwood-cope (2005) contribui com as definições de alguns *fatores determinantes* dos custos transacionais, como:

- Insuficiência de pessoal: falta de recursos humanos para execução, gerenciamento e coordenação das atividades dos programas;
- Insuficiência de recursos materiais e infraestrutura: a equipe não dispõe de equipamentos, materiais em geral e infraestrutura para atender as necessidades do programa;

- Quadro de recursos humanos desqualificados: capacitação dos recursos humanos é imprópria às necessidades do programa;
- Problemas de comunicação entre órgãos e setores executores: os órgãos responsáveis pela implementação do programa não conseguem estabelecer trocas de informações de forma eficaz e ágil.

Outras dificuldades na implantação do PDAPS também foram evidenciadas, como:

- Falta de comprometimento profissional: ausência de compromisso dos recursos humanos em relação às ações propostas a fim de se alcançar os objetivos do programa;
- Multiplicidade de tarefas: múltiplas tarefas a serem desenvolvidas por um indivíduo ou um grupo de indivíduos em um determinado programa;
- Monitoramento da burocracia: controle do agente na execução das ações propostas pelo programa e a satisfação da sociedade civil em relação às políticas públicas idealizadas (HORN, 1995).
- Oportunismo político: agente público burocrata é movido por seus interesses privados (PERES, 2007).
- Incerteza: está relacionada à incapacidade de previsão das atitudes dos agentes econômicos e às mudanças no ambiente, assim como o risco (WIEMER, 2010).

As unidades C, D, E e I foram as que mais tiveram dificuldades, seguidas das unidades A, H e J, e por último das unidades B, F e G.

As dificuldades que mais pontuaram foram a falta de comprometimento profissional, com 100% de predominância em todas as unidades de saúde, com 70% o quadro de recursos humanos desqualificados e também com 70% o monitoramento da burocracia.

Percebe-se que a insuficiência de recursos materiais e infraestrutura não foi citada como um problema maior na execução do PDAPS, por mais que temos conhecimento da precariedade destes recursos nos serviços públicos.

Outro elemento importante de análise diz respeito à multiplicidade de tarefas de responsabilidade do enfermeiro como um fator que não impactou de forma importante na implantação do PDAPS, demonstrando que apesar de ser custoso para o enfermeiro gerenciar a unidade de saúde e prestar assistência à comunidade, isto não constituiu uma dificuldade impactante na sua execução.

Por mais que exista uma incerteza em relação à instabilidade dos profissionais que trabalham nas equipes da ESF, por conta do seu contrato de trabalho, podemos observar que

ela não foi algo dificultador na implementação do PDAPS, mesmo porque foi demonstrado que os enfermeiros estão atuando nestas unidades com uma média de 7 anos, o que não é tão instável como parece, apesar de seu vínculo empregatício não conferir segurança profissional.

De uma forma geral, a partir da análise do Quadro 7, fica claro que o problema maior na implementação do PDAPS foi em relação a gestão de pessoas, que pode ser reflexo da falta de incentivo e de motivação profissional.

Estes dados refletem um problema crucial nos serviços públicos, de forma que um dos requisitos básicos para que os profissionais efetuem com qualidade um programa de governo, está diretamente relacionado com o grau de motivação profissional, e desenvolver este sentimento é algo muito complexo e desafiador para a gestão pública, porém fundamental para o seu sucesso.

Assim, a falta de comprometimento profissional foi sem dúvida o maior problema evidenciado pelos enfermeiros na implementação do PDAPS, destacando assim a necessidade de estabelecer incentivos de qualquer natureza aos seus executores, como uma das formas de motivá-los a buscar o alcance dos objetivos propostos.

Por mais que a proposta seja igual para ser implementada em todas as unidades de saúde, observamos que as dificuldades encontradas pelos enfermeiros foram distintas, de forma que para algumas unidades foi mais custoso a implementação desta proposta de melhoria da APS do que para outras.

6.3.3.1 Categoria: Custo de transação informacional

Custo de transação informacional é aquele que envolve dificuldades na obtenção e produção de informações (SILVERWOOD-COPE, 2005). Estas dificuldades, segundo Dixit (1997) e North (1990) decorrem da informação incompleta que compromete a ação e controle entre atores envolvidos na transação.

Para Silverwood-cope (2005), os problemas que caracterizam o custo de transação informacional são: insuficiência de pessoal nas equipes locais e/ou gerenciais, quadro de recursos humanos descapacitados/inadequado, insuficiência de recursos materiais e infraestrutura, problemas de comunicação/informação entre órgãos e setores executores, dentre outros.

Neste contexto, o custo de transação informacional esteve presente na implantação do PDAPS nas unidades de saúde analisadas, a partir dos problemas evidenciados por Silverwood-cope (2005), que comprometeram o desenvolvimento das ações propostas pelo mesmo.

Por outro lado, North (1990) descreve que no campo político, se as instituições forem bem elaboradas favorecerão a redução e difusão dos custos de informação.

Assim, considerando as unidades de saúde de atenção primária dentro de um contexto político, podemos considerá-las como instituições ineficientes no processo de implantação do PDAPS no município em estudo, dado a grande presença de fatores desencadeantes do custo de transação informacional.

A informação é peça fundamental para a organização e continuidade na execução de programas. Diante de informações insuficientes, não há como saber se o andamento da execução de um programa esta de acordo com o previsto e nem avaliar se os resultados esperados foram atingidos. Além disso, a informação assimétrica e incompleta aumenta o risco e incerteza para tomadas de decisão, diminuindo a possibilidade de cooperação e coordenação entre os diversos atores do processo, sejam planejadores, financiadores e executores do programa (SILVERWOOD-COOPE, 2005).

Esta categoria será discutida a partir de quatro fatores desencadeantes do custo de transação informacional, que correspondem na análise temática, as sub-categorias.

6.3.3.1.1 Sub-categoria: Insuficiência de pessoal

Sabe-se que as propostas de melhorias para a atenção primária, estabelecidas pelo PDAPS, abrangem as atividades de todos os profissionais da atenção básica. Para cada categoria profissional foi proposto um sistema de organização e melhoria de seu processo de trabalho. Porém, a qualidade do produto final deste processo depende de um compromisso e envolvimento conjunto de todos os profissionais.

A insuficiência de pessoal, citada como um fator desencadeante do custo de transação informacional gera uma quebra na cadeia de produção do cuidado multiprofissional, comprometendo a qualidade na assistência prestada, na medida em que faltam informações relevantes para processar este cuidado.

A informação, segundo Silverwood-copper (2005) é peça fundamental para a organização e continuidade na execução de programas. Assim, se falta um profissional na equipe, a execução das atividades do PDAPS fica comprometida, pois outro profissional não poderá exercer o seu papel, e assim, a falta de informações irá interferir na produção do cuidado de acordo com as necessidades locais, como por exemplo, no diagnóstico local.

Nas UBS tradicionais a insuficiência de pessoal abrange, dentre outros profissionais, o ACS. Este profissional não faz parte da equipe da UBS tradicional e assim, atividades importantes como o cadastramento da comunidade, realizado pelos mesmos, não foram possíveis de se realizar, e por conseguinte, informações valiosas trazidas pelos mesmos acerca da comunidade também deixaram de existir, impactando na construção de estratégias de saúde voltadas para as necessidades de saúde da população.

“... numa unidade básica de saúde que nós trabalhamos com um número de funcionário reduzido, então assim, certos pontos do plano diretor ficaram difíceis de ser trabalhado, então primeiramente, a adscrição da comunidade, então quando você trabalha no PSF, numa estratégia, você tem o agente comunitário, então essa parte de adscrição, o agente que faz.”

(C1)

Além da falta de recursos humanos na área da saúde, também percebemos que a falta de outros profissionais como de serviços gerais, telefonistas dentre outros, também aumentaram o custo de transação para as equipes no que tange a execução de suas atividades, na medida em que deixaram em alguns momentos de executarem suas ações para auxiliar em outras áreas.

“... na estratégia algumas coisas tiveram mudança, mas a UBS não, entendeu? Nós UBS ficamos parado, por falta de recursos humanos ... A gente não consegue caminhar se não tiver uma equipe completa nesse plano diretor, a gente não tem. A gente não tem quem atende o telefone, não sabemos digitar as coisas... Agora para as UBS eu acho que não teve nenhuma facilidade na implantação, porque nós não temos funcionários entendeu? Enfermeira faz serviço de técnico, por falta de técnico, a gente faz até serviços gerais, serviço de recepcionista entendeu?” **(E1)**

“Na minha experiência como UBS eu tive dificuldade, porque eu to com pouquíssimo pessoal trabalhando, nunca trabalhei com um número tão baixo de funcionários, sem agente administrativo, nós não temos nenhum agente.” (E2)

A falta de recursos humanos limita os conhecimentos adquiridos pela equipe e afeta diretamente o seu processo de trabalho, visto que as ações na atenção primária são planejadas conforme as informações completas sobre a necessidade local levantada pelos membros da equipe. Assim, fica custoso a execução das ações propostas pelo PDAPS diante da escassez de recursos humanos.

“... às vezes faltava agente comunitário de saúde em algumas áreas, o plano diretor sem agente comunitário não tem como você fazer totalmente a área ali de abrangência, porque a gente tem que fazer os cadastros dos clientes e tudo mais... falta dentista, então não está tudo completo exatamente pra fazer realmente o que deve ser feito na equipe de saúde da família, porque não é somente o médico, o enfermeiro e os agentes comunitários, tem que ter também os dentistas pra dar um andamento certo pra equipe, para ter um complemento, para a comunidade ter aquele atendimento de prevenção corretamente.” (II)

Em relação à implantação dos produtos referentes às oficinas Análise da Atenção Primária no Município, Diagnóstico Local, Programação local e municipal, Prontuário de Saúde da Família, Acolhimento e Classificação de risco, percebemos um comprometimento nestas transações dado a presença do custo de transação informacional, devido a escassez e ausência de recursos humanos.

6.3.3.1.2 Sub-categoria: Insuficiência de recursos materiais e infraestrutura

Segundo Silva e Melo (2000) a implementação de políticas públicas corresponde à execução de atividades que permitem que ações sejam implementadas visando à obtenção de metas estabelecidas no processo de formulação das políticas. Baseadas em um diagnóstico prévio e em um sistema adequado de informações, na fase de formulação são definidas além das metas, os recursos e o prazo de estabelecimento das atividades planejadas.

Assim, podemos verificar que houve falhas na formulação da política pública do PDAPS no que tange à disponibilização, na fase de formulação, de recursos materiais e de infraestrutura para a sua execução.

Apesar do programa Saúde em Casa destinar recursos financeiros para investimento em infraestrutura e compra de materiais para as unidades básicas, na realidade em estudo, não foi possível verificar a real utilização destes recursos, dificultando o cumprimento de propostas de melhorias instituídas pelo PDAPS.

“... se eu vou fazer uma triagem aqui, se o paciente é laranja, tem alguns minutos pra ser atendido, eu não tenho carro pra levar pra rede hospitalar, então eu acho que falta estrutura mesmo... plano é bom, mas ele ta longe de ser implantado com essa estrutura.” (E2)

“... o único problema, que a gente sempre, diariamente encontrava dificuldades, dificuldades de recursos humanos, de estrutura física, de materiais...” (I1)

“A minha unidade está em reforma há três anos, de uma unidade eu estou em três salas, entendeu? Não tem como, três anos, como é que você vai implantar alguma coisa se você não tem nem estrutura física? O problema maior que a gente tem é esse, estrutura física, isso dificultou também a implantação.” (H1)

Este último relato evidencia a fragilidade do sistema de saúde em estudo por não ofertar condições mínimas de trabalho, considerando impossível a execução do PDAPS numa unidade de saúde que acolhe a comunidade em três salas.

A ineficiência do governo na oferta de recursos físicos e materiais ou mesmo na observância prévia da existência destes recursos nos municípios, contribuiu com o aumento do custo de transação na implementação do PDAPS no município em estudo.

Percebe-se neste processo que o governo formula uma política e cobra dos municípios sua implementação sem considerar a real possibilidade de implantação e/ou verificação dos requisitos básicos para sua efetivação. Por outro lado, o município recebe recursos financeiros do governo para investir na melhoria da APS se os profissionais cumprirem com as metas estabelecidas do Saúde Casa, mas para que estes profissionais tenham condições de atingirem as metas é necessário antes de tudo que tenham meios e recursos mínimos de trabalho para alcançarem os objetivos propostos.

O relato a seguir demonstra a falta de requisitos básicos para a implantação do PDAPS.

“... o plano diretor é uma reorganização, só que aqui em Itajubá ele foi uma organização, teve que se fazer um processo todo, não existiam muitas coisas, muitas coisas deixaram de ser feitas e tinha que ser retomadas.” (J1)

Estas reflexões são importantes no campo da avaliação de políticas públicas, pois de acordo com Andrade et al. (s/d) com avaliações corretas e com estudos concretos é possível detectar os problemas de implantação dos programas e essa pode ser uma forte arma na tentativa de dar continuidade a muitos programas que não vinham apresentando os resultados esperados.

A insuficiência de recursos materiais e infra-estrutura no processo de implantação do PDAPS indicam que o planejamento do governo estadual ficou aquém do mínimo necessário para o alcance dos objetivos do programa. Neste caso, é possível que tenha faltado informações para o planejamento adequado à necessidade de recursos, não apenas de recursos destinados à capacitação de pessoal, como demonstra a fala a seguir.

"Então o pessoal assistindo as oficinas, um olhava para o outro e falava, mas como se o básico a gente não tem? Então é bonito você já colocar o negócio lá em cima, mas se a aqui em baixo ainda não ta resolvido." (E1)

6.3.3.1.3 Sub-categoria: Problemas de comunicação entre órgãos e setores executores

Para otimizar a execução de um programa é essencial que haja fluxo de informação entre as organizações gestoras e executoras. Quando a rede de informações não é formada, os custos transacionais sobem muito e tornam todo processo ainda mais ineficiente. Consequentemente, o monitoramento e avaliação do programa são comprometidos (Caiden e Wildavsky 1974 apud Silverwood-cope 2005).

“... uma dificuldade que eu também percebi é assim, a saúde primária tem mais assim aderência, interesse em querer fazer isso, a secundária e terciária nunca nem compareceram em reunião, então isso também é uma dificuldade.” (D1)

“Dificuldades porque a atenção primária é fragmentada, isolada, já foi muito pior, hoje tá bem melhor, porque o plano diretor veio abrir muito a cabeça...” (J1)

A oferta de saúde à comunidade se dá a partir de redes de atenção à saúde que deveriam trabalhar interligadas, compartilhando informações a fim de propiciar um cuidado integral e efetivo à população.

A falta de informação entre os diversos níveis de atenção à saúde foi citada pelos sujeitos de pesquisa como um fator dificultador na implantação do PDAPS, gerando assim um aumento no custo de transação na sua implementação.

A geração do conhecimento e sua perfeita circulação por todos os elos da cadeia e por todos os agentes determinam o grau de sucesso que a estruturação e fortalecimento dessa cadeia terá e os benefícios que todos terão ao longo do processo (CARVALHO et al, s/d, p.1).

De acordo com Williamson (1985, p. 1) uma transação ocorre quando “um bem ou serviço é transferido através de uma interface tecnologicamente separável”, ou seja, mediante um contrato firma-se uma relação entre partes, a envolver compromissos recíprocos aos seus participantes.

Na situação em análise, podemos observar o impacto do custo de transação informacional na implementação do PDAPS, uma vez sua proposta foi abordar a APS, mas também trabalhou muito a questão da importância da interação entre os demais níveis de atenção, porém, não houve um estabelecimento de contrato de compromisso envolvendo os setores secundários e terciários. Assim, esta transação ficou frágil por não cobrar de todos os envolvidos neste processo uma relação de compromisso recíproco, não tendo assim os demais níveis de atenção à saúde o dever de compartilhar informações com o setor primário.

“Outra dificuldade nossa foi a questão de referência e contra referência que a gente não tinha, então a gente ficava muito sem saber, se mandava não tinha retorno, então você detectava uma necessidade e não tinha pra onde mandar, aí quando a gente começou a fazer levantamento total, das necessidades, a gente ficou perdido, porque você tinha uma

necessidade na mão e não tinha pra onde encaminhar, e as vezes o serviço de referência da gente não dava suporte nesse sentido.” (F1)

6.3.3.1.4 Sub-categoria: Quadro de recursos humanos desqualificados

A capacitação dos recursos humanos utilizada para a implantação do PDAPS ocorreu a partir de oficinas pedagógicas realizadas em dois momentos denominados de períodos de concentração e dispersão, sendo o primeiro constituído por situações de reflexão sobre a prática de saúde e o segundo caracterizado pelo efetivo exercício da função a partir da construção e desenvolvimento de instrumentos gerenciais (MINAS GERAIS, 2009a).

A proposta de capacitação do PDAPS estabeleceu que os gestores de saúde comprometer-se-iam com a liberação dos profissionais das equipes de saúde para participação nas oficinas municipais, porém não estabeleceu em nenhum momento uma obrigatoriedade de participação. Assim, alguns profissionais não participaram das oficinas, não obtendo a qualificação desejada para atuarem em conformidade com as propostas instituídas pelo referido plano, o que foi levantado em nosso estudo como um fator dificultador na sua implementação.

“... os dentistas são poucos, agora eles fazem parte, é uma equipe multiprofissional, eles não participaram do plano diretor, então como que eles vão engrenar com a gente? Eles não têm as mesmas informações que nós? Como que eles vão fazer o trabalho como pede o plano diretor?” (E1)

Outro elemento importante destacado neste processo de implantação do PDAPS refere-se à falta de compreensão do PDAPS por parte do gestor de saúde e dos segmentos administrativos. Cabe destacar que o gestor de saúde não foi capacitado em relação ao PDAPS e que assim deveria ter participado, junto dos demais profissionais, das oficinas municipais.

“A parte administrativa da secretaria de saúde não entendeu o processo e nós estamos caminhando sozinhas. A gente depende da secretaria de saúde, da parte administrativa dela executando as coisas também entendeu? Então eles tinham que entender o que é esse plano

diretor, entendeu? Quem é responsável por exames na parte administrativa, quem é responsável pela informática no sistema, pela manutenção do serviço que não tem uma manutenção decente que não arruma um aparelho de pressão pra você entendeu?" (E1)

"... não depende só da comissão do plano diretor e nem de nós que fomos ouvintes, sentamos lá e escutamos, quase um ano, foi muito bem passado pela equipe de saúde, só que eu acho que a parte administrativa tem que andar junto conosco, esse povo tem que ser treinado, eles tem que saber o que é o plano diretor, essa foi uma dificuldade que eu acho que quebra todo o processo." (E1)

"Falta conhecimento mesmo dos políticos de saber como é que é, por que que esta sendo feito isso, não é apenas um plano, é alguma coisa, tem um porquê? Isso daí é uma mudança grande, mais uma mudança boa, não é uma mudança que vai causar nenhum dano pra equipe, pra comunidade, tudo trás um benefício, e as vezes as pessoas que estão dentro, que trazem até o plano, não tem esse conhecimento, não sei." (I1)

Estes discursos nos levam a refletir sobre o real papel do gestor de saúde na implantação do PDAPS como um elemento consciente e motivador de melhorias na saúde da população ou apenas como um agente incumbido de formalizar um plano instituído pelo governo, sem ao menos ter conhecimento e empenho em implantá-lo.

E assim nos permitimos questionar: como podemos esperar dos profissionais de saúde a plena compreensão e incorporação do PDAPS nas realidades locais se nem ao menos o gestor de saúde compreendeu esta política de saúde e se empenhou na sua execução? Como podemos mobilizar e motivar os elementos da equipe de saúde na efetivação do PDAPS se o próprio gestor não tem conhecimento desta política?

Assim, dentro do processo decisório (agenda-projeto-adoção-implementação-avaliação-reestruturação) é possível que o PDAPS tenha sido “fragilmente” colocado na agenda do governo estadual, mas, em alguns casos figurou mais debilmente ainda na agenda municipal. Para o gestor municipal foi, por vezes, mais uma questão de custo de oportunidade político do que a introjeção de que a APS é valiosa para a política social e de saúde.

A mera participação dos profissionais de saúde nas oficinas não garante a sua capacitação, no sentido de compreender plenamente o real sentido desta proposta de mudança nos serviços de saúde. A aquisição de conhecimentos vai muito além da recepção da mensagem. Para Freire (1996) o educando deve assumir seu papel de sujeito da produção de

sua inteligência do mundo e não apenas o de recebedor do que lhe seja transferido pelo professor.

"... ninguém sabia direito como funcionava, nem a gente que tava ali junto na equipe não entendia muito bem e pra passar pros outros era muito pior." (A1)

"Talvez as mesmas pessoas que estavam participando das oficinas não entendiam o plano, cada um entendeu de um jeito." (H1)

Estas falas demonstram que a participação nas oficinas não foi suficiente para o processo de aprendizagem em relação ao PDAPS, embora os sujeitos de pesquisa destacaram a qualidade dos facilitadores no repasse das oficinas, estes relatos evidenciam um problema de ordem informacional.

"... a dificuldade foi assim na questão de trabalhar melhor, capacitar melhor pra gente ta lidando melhor com essas situações, por que pra gente é novo isso." (C1)

"Depois do plano diretor, a equipe que trabalhou isso, elas fizeram várias assim reuniões dentro das estratégias com os funcionários, com as enfermeiras, trabalhando essas mudanças, e isso não aconteceu nas unidades básicas, então eu não recebi a equipe aqui, depois que teve aquele treinamento lá, justamente pra está ajudando a gente com essas questões novas, não tive isso!" (C1)

Podemos perceber com estes relatos que o processo de capacitação se resumiu às oficinas e que não foi suficiente para compreender totalmente as necessidades de mudanças, bem como a nova forma de trabalhar com os instrumentos de gestão da clínica. Assim, segundo o apontamento destes sujeitos de pesquisa, seria necessário que os facilitadores dessem um suporte a mais aos profissionais, estendendo a capacitação para os ambientes de trabalho das equipes.

Outra questão de suma importância levantada pelo sujeito E1 e de muita relevância para a análise desta proposta do governo, diz respeito à rotatividade dos profissionais de saúde nas unidades de APS, de forma que o investimento feito com a capacitação do profissional não pode ser recuperada uma vez que ele deixa o serviço e um outro profissional assume o seu cargo.

Este fato relaciona-se com a especificidade do ativo que constitui uma das dimensões nas transações que aumentam os custos transacionais. Dentre estas especificidades, encontramos a especificidade de ativo humano, que segundo Smorigo (1999) refere-se aos investimentos realizados na capacitação humana mediante cursos formais ou por meio de experiência e capacidade profissional adquirida e acumulada em certas atividades, cuja aplicabilidade em outra instituição ou atividade é bastante limitada.

"Já entrou gente nova no sistema que não participou do plano diretor, então fica uma desigualdade de informação." (E1)

Estas desigualdades de informações e de capacitação aumentam o custo de transação informacional nas rotinas de trabalho das equipes, afetando de forma importante a consolidação do PDAPS.

6.3.3.2 Categoria: Custo de transação de agência

Os custos de agência incluem custos de monitoramento pelo principal, custos de comprometimento do agente e perda residual (JENSEN; MECJLING, 1976).

Segundo Wiemer (2010) a questão geral é saber como estabelecer um sistema de monitoramento e de incentivos de modo que os agentes adotem uma conduta compatível com o interesse dos principais. Este tipo de preocupação permanece presente na implementação de políticas públicas contribuindo para a elevação dos custos transacionais em diversas áreas.

Podemos considerar o custo de transação de agência na implantação do PDAPS como um custo relacionado ao monitoramento das atividades exercidas por todos os profissionais envolvidos neste processo, bem como o desenvolvimento de incentivos de modo que estes profissionais tenham motivação para de fato colocarem em prática aquilo que foi adquirido nas oficinas.

6.3.3.2.1 Sub-categoria: Multiplicidade de tarefas

Segundo Dixit (2002), em organizações do setor público, a multiplicidade de tarefas existe na medida em que se espera das administrações públicas o alcance de uma série de objetivos, sendo que nem sempre a interação destes objetivos é clara.

Esta falta de clareza dos objetivos em relação à política do PDAPS é perceptível nas falas dos sujeitos, demonstrando que o plano proposto estava sendo executado, porém sem ao menos compreenderem a real importância do mesmo.

"... ninguém sabia direito como funcionava, nem a gente que tava ali junto na equipe não entendia muito bem..." (A1)

Para colocar em prática as propostas do PDAPS, uma série de mudanças se fez presente no processo de trabalho das equipes de saúde, de forma que o agenciamento destas atividades, por parte do gestor de saúde, inexistiu por conta de outra série de tarefas exercidas pelo mesmo. Considerando o município em estudo, é humanamente compreensível a dificuldade do gestor de saúde em fiscalizar os profissionais das 24 unidades de APS.

Por outro lado, o enfermeiro, como responsável pela gerência das unidades de saúde, também teve dificuldades no monitoramento das atividades exercidas pela equipe, uma vez que a sua rotina de trabalho é sobrecarregada, aumentando assim o custo de transação de agência destes profissionais, como demonstram os relatos a seguir.

"... enfermeiro aqui em Itajubá está sobrecarregado, o enfermeiro está fazendo serviço de tudo, só está faltando a limpeza agora, tudo, nós estamos super carregado." (D1)

"... todo mundo achava difícil, a gente não tinha tempo pra trabalhar em cima ... a gente não tinha tempo pra estudar, pra ver tudo o que estava acontecendo..." (A1)

"Enfermeira faz serviço de técnico, por falta de técnico, a gente faz até serviços gerais, serviço de recepcionista entendeu?" (E1)

"... a demanda nossa (UBS tradicional) é enorme, nós somos referência para as estratégias que estão no nosso redor..." (E2)

A fala do sujeito E2 demonstra um problema estrutural e gerencial nas unidades de saúde da família que estão ao redor desta UBS tradicional, uma vez que esta unidade está assumindo responsabilidades de uma população que não faz parte da sua adscrição, aumentando assim a sua demanda.

Os relatos também nos permitem evidenciar que a presença de custo de transação informacional, no que se refere à escassez de recursos humanos, aumentou o custo de transação de agência dos enfermeiros, uma vez que houve aumento nas atividades executadas pelos mesmos, por falta de profissionais das mais diversas especialidades.

Segundo Willianson (1985) as estruturas de governança nas instituições se organizam com o objetivo de reduzir os custos transacionais. Sabemos que no setor público a estrutura que predomina é a estrutura hierárquica, porém, nas instituições em estudo podemos perceber que esta estrutura não foi capaz de reduzir os custos de transação, e que estes estão presentes devido à ausência de requisitos básicos para atuação das instituições, o que demonstra que a redução dos custos transacionais vai muito além da estrutura de governança adotada pelas instituições.

A multiplicidade de tarefas exercidas pelos enfermeiros da APS foi um fator que dificultou a implantação do PDAPS, uma vez que eles foram os principais responsáveis por gerenciar todo o processo de implantação do plano, inclusive de auxiliar o gestor de saúde na coordenação das atividades desenvolvidas. Porém, a demanda excessiva e a sobrecarga de trabalho não permitiram que estes profissionais desenvolvessem suas atividades com efetividade. Este problema talvez possa ser solucionado com a contratação de um enfermeiro gerencial para cada unidade de APS, diminuindo assim a demanda de trabalho para os enfermeiros assistenciais. Hoje, a nossa realidade é de um enfermeiro para cada unidade de saúde, exercendo a função assistencial e gerencial, o que inviabiliza qualquer proposta de melhoria do serviço de responsabilidade central deste profissional.

"Dentro de uma unidade de saúde, eu trabalho com uma demanda grande, uma demanda assim de atendimento mesmo, de consultas médicas, de ambulatório ensino, de curativos, de visitas domiciliares, toda essa parte de administração da unidade básica, muita coisa mesmo!" (C1)

6.3.3.2.2 Sub-categoria: Monitoramento da burocracia

Segundo Dixit (2002) o monitoramento da burocracia pode ser analisado de duas maneiras dentro de um modelo principal-agente. A primeira maneira relaciona os objetivos do ator principal, o político, e os objetivos e motivações do ator subordinado, a burocracia.

Assim, podemos analisar o principal como sendo o governo de Minas e os subordinados como os municípios e profissionais que trabalharam na implantação do PDAPS e também o principal como sendo o prefeito e os subordinados os profissionais de saúde.

Ainda, segundo Dixit (2002), neste primeiro modelo, deve haver um modelo de estrutura de governança de maneira que o principal consiga controlar o agente no intuito da execução dos seus objetivos, isto é, a execução das políticas públicas da forma como foram concebidas, sendo necessário instituir um sistema de incentivo que permita esta indução.

Analisando a política do PDAPS, podemos perceber o custo de monitoramento da burocracia, neste primeiro modelo proposto por Dixit, a partir do momento em que o governo de Minas se dispõe a fornecer um incentivo mensal aos municípios, caso estes cumpram com as metas dos quatro indicadores do Saúde em Casa. Assim, o principal controla a qualidade da APS nos municípios, a partir dos indicadores, e institui um sistema de incentivo financeiro se as metas forem cumpridas. Porém, este incentivo é de relevância para o município e não para os profissionais que de fato foram os reais responsáveis pela implantação do PDAPS, pois estes não receberam nenhum incentivo, seja de ordem financeira ou não, para implantarem o PDAPS, ao contrário dos tutores que foram consideravelmente remunerados pelos seus trabalhos.

Para que os indicadores propostos sejam cumpridos é necessário antes de tudo um acompanhamento e um monitoramento por parte de todos os envolvidos neste processo, desde gestor de saúde, enfermeiro e demais profissionais. Infelizmente, percebemos na prática diária dos serviços públicos, que a grande maioria dos funcionários só executa suas atividades se forem cobrados constantemente, aumentando o custo de transação de agência.

"... os agentes de saúde não querem trabalhar, não tem cobrança, cobrança é só minha, se eu começo a cobrar muito eu sou mudada de equipe aí eu passo a ser um problema..." (C1)

"Falta também cobrança, não teve cobrança, agora que o pessoal está passando nas unidades e cobrando e estipulando metas e prazos, mas na época não, isso dificultou também." (I1)

A avaliação dos indicadores do Projeto Estruturador Saúde em Casa no município de Itajubá/MG no período de 2009 a 2011 demonstra o impacto do custo de transação de monitoramento de agência no alcance das quatro metas propostas pelo Saúde em Casa, uma vez que o município cumpriu com apenas uma, a cobertura de vacina tetravalente em menores de um ano (BRASIL, 2013b).

Podemos citar como exemplo a meta proposta de cobertura de papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos. Como que o gestor de saúde vai monitorar, acompanhar, incentivar as 24 equipes de APS no desenvolvimento de ações educativas, de busca ativa, de palestras, de campanhas? Como que os enfermeiros, sobrecarregados, vão desenvolver estas atividades e ao mesmo tempo controlar o trabalho dos ACS neste sentido? Como os ACS vão desenvolver atividades de busca ativa, palestras, campanhas, se antes de tudo também tem que cumprir com as metas de visitas domiciliares? Como que as mulheres vão realizar o exame de papanicolaou se as unidades de saúde funcionam no horário de trabalho destas mulheres? Assim, supervisionar o alcance desta meta é muito mais complexo do que se imagina, envolve uma série de questões, desde multiplicidade de tarefas, falta de recursos humanos e materiais, falta de gestão local e até a falta de incentivo profissional.

"... muita coisa não é que a gente não faça, é porque não está organizado, não está preparado, vamos e a gente não sentia aquilo ser válido. Então, é falta de incentivo da secretaria, olha, vamos fazer a agenda, ah nossa, qual unidade já conseguiu, o que que já foi feito." (J1)

Podemos afirmar neste caso, que os objetivos do principal são diferentes dos objetivos da burocracia, o primeiro visa melhorar o sistema para obter vantagens políticas e o segundo visa estabilidade no emprego, que são objetivos distintos da política do PDAPS.

O incentivo mensal fornecido aos municípios não foi o suficiente para controlar o agente na execução de suas atividades, de forma que percebemos que o incentivo por si só não basta, é necessário estabelecer um sistema de monitoramento e controle direto das ações executadas, o que aumenta o custo de transação de agência.

Na segunda construção de modelo principal-agente proposto por Dixit (2002), o principal seria a sociedade civil, receptora da política pública e o agente seria a organização como um todo composta pelos políticos e burocracia estatal. Neste caso, existe uma diferença no conceito, pois não necessariamente a política pública de interesse da sociedade civil é aquela idealizada politicamente. Ou ainda, esta idealização pode ser distinta da execução, constituindo-se a sociedade civil num importante ator no controle do comportamento do agente.

Este modelo é muito evidente na política de implantação do PDAPS, uma vez que a política proposta pelo agente, governo, não veio ao encontro dos interesses do principal, a comunidade.

"Então, eu vejo a dificuldade de inserção do plano diretor dentro da unidade, não tem como, porque com os agentes comunitários você vai, implanta, você começa, mas aí pelo sistema tá perdido, a demanda espontânea tomou conta das nossas unidades, a gente não consegue parar pra fazer uma mudança de modelo, por conta da equipe e fora a aceitação da comunidade, por causa que eles estão acostumado com a demanda espontânea e não aceitam um agendamento, de forma alguma." (D1)

"... todo mundo aqui fazia do seu jeito, então foi tendo um jeito específico de fazer, foi de difícil compreensão, por exemplo, a confecção da agenda, deu um nó na cabeça de todo mundo, a população a mesma coisa, não aceitou, porque antes a gente atendia de uma forma e a partir da agenda você começou a atender de uma outra forma, então teve um pouco de briga com a gente!" (F1)

A proposta do PDAPS foi trabalhar com um sistema de agendamento, de forma que parte do atendimento fosse programada e parte disponível à demanda espontânea, todavia, este tipo de organização do atendimento não foi aceito pela comunidade, pois para ela, a melhor forma de atendimento é através da demanda espontânea.

O próximo relato descreve mais uma vez as diferenças de interesses entre o principal-agente, uma vez que para a política do PDAPS é de suma importância trabalhar com a prevenção e a promoção da saúde dos adolescentes, no entanto, estes não percebem este tipo de política como algo importante para a sua saúde, aumentando assim o custo de transação de agência das equipes de saúde.

"Outra dificuldade são os adolescentes, você não consegue trazer essa população pra dentro da unidade, é só quando acontece alguma coisa, uma DST ou início da relação e vem procurar pra fazer um atendimento ginecológico, e o atendimento preventivo é muito difícil, é só nas escolas mesmo." (F1)

"Uma crítica positiva que eu achei foi assim, a teoria do plano diretor é distante da prática, então vinha assim de Alfenas com uma teoria que é mesmo a didática, porém na prática aqui em Itajubá muita coisa não tinha como, tinha muita dificuldade de ser implantada. As agendas, a questão da hierarquia, a questão da organização, então foge, eu acho que o plano diretor deve ser uma adaptação daquilo que é na teoria, e não implantação moldada, ah o plano diretor é isso, tem que ser assim, assim e assado, eu acho que tem que se adaptar pra aquilo que é a nossa realidade." (J1)

Este relato traduz o custo de transação de agência no segundo modelo de principal-agente proposto por Dixit (2002), pois a política idealizada pelo governo de Minas não veio de encontro com a realidade local, o que segundo o sujeito de pesquisa, deveria ser moldado de acordo com as necessidades e realidades locais.

Este dado é importante para analisarmos um dos pontos negativos desta política de governo que foi construída de forma generalizada, engessada e hierarquizada.

Estes modelos de análises dos custos de monitoramento da burocracia, segundo Pzeworski (1995) estão fundamentados no fato de que tanto na administração pública ou privada, é difícil supervisionar e controlar o comportamento do agente.

Assim, seria necessária a criação de um sistema de incentivos e sanções com o objetivo de assegurar que os agentes ajam no sentido de proteger os interesses daqueles que devem ser os beneficiários da política pública e não apenas em seu auto-interesse (HORN, 1995).

Porém, no caso da política do PDAPS não houve incentivos aos seus executores e muito menos sanções às unidades que não deram continuidade ao processo de implantação, apenas sanções financeiras, no caso do incentivo mensal do Saúde em Casa, em que apenas o município foi prejudicado.

6.3.3.2.3 Sub-categoria: Falta de comprometimento profissional

A falta de comprometimento profissional está relacionada com a ausência de compromisso dos recursos humanos em relação às ações propostas a fim de se alcançar os objetivos propostos pelo programa, aumentando o custo de transação de agência nas instituições (SILVERWOOD-COOP, 2005).

Ainda de acordo com Peres (2007) a presença deste custo refere-se ao fato de que o poder executivo, legislativo, a burocracia e a sociedade civil não possuem o mesmo entendimento, compromisso e energia para programar, administrar, monitorar e avaliar as políticas públicas, de forma que seus benefícios podem não ser alcançados.

A presença deste custo de transação evidenciado pela falta de compromisso e credibilidade por parte de todos os envolvidos na implantação do PDAPS foi a dificuldade que mais impactou na efetivação desta política.

"A falta de compromisso, de aceitação é tanto da população, quanto da equipe de trabalho, quanto das próprias colegas da gente que falava que não ia dar certo, que imagina que isso não ia acontecer, então assim todas as pessoas em geral... a falta de apoio da prefeitura, do secretário, enfim, tudo foi difícil, até que eu desisti, porque não deu mais." (A1)

"A dificuldade maior que eu enxergava, era já nos encontros mesmo nas oficinas, a descrença dos profissionais que o plano diretor viesse a dar certo em Itajubá, os profissionais de uma maneira geral, mas assim, existia um grupo, por exemplo, de dentistas que chegavam a ser irônicos até sabe, eles discutiam muito com a gente sobre a viabilidade disso, eles achavam impossível de acontecer, não tinham compromisso com nada." (B1)

"Agora de dificuldades, foi de estrutura, de adesão da própria atenção primária, da massa em si, das unidades, dos profissionais de acreditarem, de passar confiança naquilo sabe?" (J1)

Segundo Dessler (1996) para criar comprometimento na empresa, é necessário um sentimento de comunhão entre os seus funcionários – um sentimento de ligação, propriedade e participação em tudo o que faz - de forma que se sintam parte de uma comunidade coesa, satisfatória e que possui um destino compartilhado.

Assim, percebemos na prática do PDAPS uma falta de comunhão entre todos os profissionais envolvidos nesta política, contribuindo com a falta de comprometimento destes com o plano de melhoria proposto.

"As dificuldades que eu to encontrando é assim, muita resistência dos funcionários em aceitar esse novo método de trabalhar... Ninguém acredita mais, então é uma saúde falida entendeu?" (D1)

Este relato demonstra que a falta de comprometimento dos profissionais de saúde a ponto de resistirem às mudanças propostas pelo PDAPS não está vinculada a esta política propriamente dita, mas sim a falta de confiança destes profissionais no serviço de saúde local, refletindo um problema de falência neste setor que já existe há anos.

O descomprometimento profissional com o PDAPS ficou evidente em todas as classes profissionais e comunidade, todavia, a falta de compromisso do gestor de saúde constituiu um enorme entrave para a efetivação desta política.

"... mas o que atrapalhou mais esse trabalho foi o gestor, ele tentou de todas maneiras pra que o negócio não funcionasse." (G1)

"... eu senti que o pessoal da saúde escutou, participou, interessou, a parte administrativa não, o serviço administrativo de saúde, no caso por exemplo, a gente depende da secretaria de saúde, da parte administrativa dela executando as coisas também entendeu?" (E1)

"... as dificuldades foram desde secretaria de saúde que não aderiu, a gente sentia isso, o secretário não aderiu ao plano diretor, nós tivemos uma dificuldade muito grande, acho que talvez por isso não tenha conseguido implantar, por que se o gestor não adere, se não tem apoio da gestão, do secretário, como é que você vai conseguir implantar? Agora se o próprio gestor que é o chefe não esta aderindo, não esta trabalhando junto, não tem como ir pra frente." (H1)

A implantação do PDAPS no município em estudo se iniciou em 2009. Na ocasião a secretaria de saúde era gerenciada por um gestor que no final de 2010 foi substituído por outro profissional, de forma que o primeiro participou do processo de implantação e o segundo deu sequência ao plano.

"... o secretário de saúde na época, ele não ajudou, não colaborou, se o pessoal da organização não brigasse pelas oficinas, não teria, só foi melhorar depois que trocou de secretário, porque aí realmente é que começou a acontecer o plano diretor, então eu acho que a maior dificuldade foi o gestor que a gente tinha na época e a resistência dos funcionários mais antigos das unidades, porque você pensa em plano diretor, você pensa em mudança, e ninguém quer mudança." (G1)

A falta de comprometimento do profissional médico também impactou na efetivação das propostas do PDAPS. Sabe-se que este profissional tem grande influência sobre a comunidade e sobre os profissionais de saúde e que grande parte das atividades propostas pelo PDAPS estava relacionada com a mudança no seu processo de trabalho, e assim, ficaram comprometidas, uma vez que este não acreditou nesta política de saúde. O discurso a seguir reforça a hegemonia médica.

*"... outra coisa interessante foi a reação **dos médicos**, os médicos se reuniam e falavam para os agentes comunitário, não vamos mexer com esse plano diretor não, isso não vai dar em nada não, então a gente montava todas planilhas, fazia os genogramas, e os agentes falavam, ah mas os médicos, fulano de tal, falaram que não era pra fazer, a maior resistência dentro do PSF foi os médicos, porque aí organizava os horários deles, organizava as visitas, mas foi muito interessante, aí os agentes falavam, não vamos mexer com isso não, o doutor falou que não vai precisar, que isso não vai pra frente não." (G1, **negrito nosso**)*

Como já discutido anteriormente, a alta rotatividade dos médicos nas equipes de APS pode ter contribuído com a desmotivação destes na disposição em promover mudanças nas suas rotinas de trabalho, porém, como demonstra este último relato, essa desmotivação influenciou negativamente outros profissionais de saúde, não ficando restrita à classe médica.

"... parecia que o plano diretor vinha, passava as oficinas e tinha que ser feito aquelas atividades, aquelas metas, mas aquilo ali não era prático, não era aquilo que tinha que acontecer, parecia que a gente tava correndo, na minha opinião, tava correndo com duas paralelas, uma no que era real, no que tava acontecendo e a outra no que tinha que ser feito pro município responder aquilo que o plano diretor queria." (J1)

Este relato contribui grandemente com a nossa discussão e reflexão acerca da desmotivação profissional na efetivação do PDAPS, uma vez que demonstra que os profissionais, desacreditados da proposta do governo, apenas se comprometeram a participar das oficinas e elaborar os produtos, não se comprometendo a mudar de fato a realidade, conforme apresentado nos produtos elaborados pelos mesmos ao findar de cada oficina. Isso demonstra que o PDAPS foi compreendido e aceito como um exercício teórico e não como uma mudança na prática dos serviços de saúde.

Os achados do estudo de Belga e Silva (2013, p.11) reforçam essa explicação uma vez que:

os municípios parecem ter executado as ações apenas para cumprir o exigido pelo governo estadual, fazendo com que a proposta fosse concluída antes mesmo de se tornar algo permeável e comum no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

A ausência de supervisão e acompanhamento da consolidação das atividades propostas pelo PDAPS contribuiu para a não continuidade desta política. Silva (2004) aponta que o problema de supervisão é crucial na busca de eficiência e eficácia na gestão pública.

Mais do que supervisão para se obter os objetivos propostos, é necessário segundo Pimenta; Anastasiou (2002) destacar que a adesão dos profissionais deve ser voluntária, pois não se faz mudança por decreto.

6.3.3.3 Categoria: Custo de transação político

Os custos transacionais políticos relacionam-se com qualquer aspecto que dificulta o monitoramento, a especificação e a capacidade de aplicação de uma transação no âmbito político ou de uma política pública. Estes custos influem de maneira decisiva no poder de decisão sobre os parâmetros que serão determinados aos dispositivos normativos, sejam regulamentações ou leis (SILVA, 2007).

Para North (2005 apud Silva; Costa Júnior, 2011) as políticas públicas podem ser entendidas como acordos construídos pelo compromisso firmado entre os agentes públicos e a sociedade para a solução de problemas. Sendo que, quanto mais difícil e complexo for dimensionar e aplicar os termos desse acordo, maior será o custo de transação político.

A dificuldade de consolidar os termos dos acordos estabelecidos entre os agentes públicos, visando beneficiar a sociedade, é influenciada pelo oportunismo e pela incerteza. Assim, nesta categoria, reservaremos nossa discussão para entendermos até que ponto o oportunismo político e a incerteza ambiental gerada por influência política impactaram na implantação do PDAPS.

Por fim, os fatores determinantes deste custo de transação foram os menos citados na implementação do PDAPS, no município de Itajubá/MG, segundo os sujeitos de pesquisa.

6.3.3.3.1 Sub-categoria: Oportunismo político

Um dos pressupostos comportamentais da teoria do custo de transação está relacionado com o oportunismo.

Segundo Williamson (1985) o oportunismo dos indivíduos ocorre a partir do entendimento de que estes são autointeressados e podem utilizar de todos os artifícios possíveis, inclusive a trapaça, gerando conflitos e custo de transação nas relações contratuais.

Para Frant (1996 apud Peres 2007) o comportamento oportunista na política visa à reeleição e pode agir com este intuito escolhendo ações voltadas mais para áreas visíveis do governo e não necessariamente àquelas desejadas pela sociedade.

O oportunismo político foi o fator desencadeante de custo de transação que menos influenciou na implantação do PDAPS no município em estudo, porém, ele esteve presente nas falas dos sujeitos desta pesquisa, nos remetendo a refletir sobre o real objetivo das políticas públicas.

Ainda segundo Miller (1992 apud Peres 2007), a tomada de decisão de um diretor pode estar respaldada nos objetivos políticos de um grupo e não necessariamente assegurar a eficiência dos resultados.

"Aqui em Itajubá é grande a influência política, eu sinto isso nos anos de trabalho que eu tenho no PSF que a política interfere muito com a saúde, isso às vezes é bom, mas na maioria das vezes atrapalha, só vê interesse próprio." (I1)

Podemos considerar o oportunismo político tanto do ponto de vista positivo, quando a política de saúde lhe trará algo positivo para a sua reeleição e assim este incentivará a

implementação do programa, e também do ponto de vista negativo, quando uma determinada política de saúde não satisfaz os anseios da comunidade, de forma que se for executada, a possibilidade de reeleição será comprometida.

O discurso anterior, do sujeito II, demonstra que o oportunismo político no município em Itajubá/MG teve um impacto negativo na efetivação do PDAPS.

Agir de maneira oportunista é trabalhar pelo interesse próprio com malícia ou fraude, podendo envolver formas sutis de dolo. De forma geral, o oportunismo é calculado especialmente para enganar, distorcer, ofuscar e confundir (WILLIAMSON, 1985).

"Eu acho assim, não sendo negativa, é impossível, porque é assim, eu vim, eu quero ser atendido, se você não me atender eu vou lá na política e a política vai e manda atender."

(D1)

"Tem muita influência política, eu não digo nem aqui, mas posso falar do próprio plano diretor em si, por exemplo, um bairro que eu trabalhava tinha muito acesso a rádio e aí o prefeito tomava café da manhã na rádio, aí você tinha toda uma estrutura, pensa bem numa agenda funcionando, o próprio prefeito mandava ligar pra gente atender aquela pessoa, entendeu? A pessoa ainda voltava e falava, viu é assim que funciona." (D1)

Podemos perceber neste último relato a influência negativa da política, a partir de interesses próprios, que não compreendendo o processo de trabalho dos serviços de saúde, acabam causando uma confusão e distorcendo as formas corretas de oferta de atendimento à população, gerando um confronto entre o profissional, executor das normas da APS e do PDAPS, e a comunidade.

Esta influência política interfere na efetividade da política do PDAPS, uma vez que o plano estabelece, por exemplo, que o acolhimento seja feito a partir do protocolo de classificação de risco e que os pacientes portadores de doenças crônicas sejam atendidos de forma programada, e assim fazem os profissionais, porém, ordens políticas podem comprometer toda a organização deste serviço, causando um problema de desmotivação e desinteresse por parte dos profissionais envolvidos diretamente com este plano.

O cargo político, almejado e cobiçado por muitos, pelo status social e lucratividade, muita das vezes, contribui para que seus atores, munidos de autoridade pública, se aproveitam deste privilégio e acabam interferindo negativamente na implementação de políticas públicas, aumentando assim o custo de transação na execução destas.

6.3.3.3.2 Sub-categoria: Incerteza

Para Zylberstajn (2000) a incerteza é uma das características das transações e se refere aos efeitos não previsíveis, não passíveis de terem uma função de probabilidade conhecida a eles associada.

Silva Filho (2006) destaca que a incerteza é gerada por uma série de fatores inerentes a qualquer tipo de organização social, constituindo-se em elementos presentes na base das relações de troca entre os agentes.

"... já to tentando formar uma agenda pra eu implantar, mas a resistência principalmente dentro da equipe é grande porque eles tem medo disso não dar certo. A equipe no comando desse plano, eu ouvi que vai ser desfeito, então todo esse trabalho que eles fizeram vai ser perdido." (D1)

"... a gente não sabe nem o que vai acontecer com a gente ano que vem, do próprio plano diretor." (D1)

O elemento político também gera uma incerteza no ambiente institucional, uma vez que determinadas políticas públicas, como os programas, não são estáveis e permanentes, ficando a mercê das preferências partidárias em um ambiente eleitoral.

"... então eu não sei se é porque o incerto ainda do ano que vem, eles não trabalharam isso, por exemplo, será que o plano diretor vai realmente ser implantado ou não, pela questão de mudança de gestão mesmo, só que eu acho assim, não deveria, por que isso aí, essa reorganização do sistema independe do município, do prefeito que vai entrar ou não." (C1)

Moe (1990 apud Horn 1995) destaca que o que quer que seja criado hoje pelas políticas públicas, pelas autoridades atuais, está, portanto sujeito a ser subvertido, ou possivelmente destruído por completo, de modo legal e sem qualquer compensação pelas autoridades futuras.

Assim, podemos compreender o impacto da incerteza na implantação do PDAPS, uma vez que os profissionais de saúde se sentem desmotivados frente à instabilidade deste plano e a impossibilidade de continuidade na próxima gestão.

Cabe destacar que foi repassado aos facilitadores do PDAPS que após o término das 10 oficinas, seria iniciado uma nova etapa de implantação, a partir da realização de mais 10 oficinas, porém, até hoje, três anos após o término das oficinas, nem sequer ouviu falar da continuidade desta capacitação, justificando claramente a desconfiança dos sujeitos, apresentada nas falas.

A incerteza política em uma democracia é causada pela falta de garantia de que a mudança de legislatura não leve a revisão de regras de uma determinada política pública (MOE 1990 apud PERES 1995).

"... vamos esperar a próxima gestão pra ver como vai ficar, os planos da próxima gestão, os planos da próxima gestão eles estão querendo unir UBS com PSF, imagina como vai ser?"

(G1)

A incerteza no ambiente de trabalho em relação ao futuro profissional também foi um dificultador na implantação do PDAPS, como demonstra o relato a seguir:

"Os funcionários antigos tem aquela impressão que você está entrando, está entrando os novos, a estratégia da saúde da família está entrando e vai desestruturar todo o sistema, vai perder o emprego. As UBS tradicionais achando que seria um plano político que estaria tirando eles do serviço, que estaria entrando um outro tipo de serviço, que eles estariam descartados." (H1)

Este relato também demonstra o impacto do custo de transação informacional no custo de transação político, uma vez que alguns profissionais não compreenderam os objetivos do PDAPS como uma política de melhoria da APS e sim como uma política de renovação dos recursos humanos, gerando uma grande incerteza no ambiente de trabalho.

O nível de incerteza que permeou o processo de implantação do PDAPS é um aspecto de extrema relevância na avaliação da implantação deste plano. Além da incerteza em relação à estabilidade no emprego, há sobretudo a incerteza inerente a continuidade da própria política do PDAPS, o que pode ser reflexo da própria fragilidade com que ele se inseriu na agenda do governo estadual.

Por fim, segundo Horn (1995) a presença de conflitos e incerteza no setor público aumenta o custo de definição de regras claras e precisas e tende a promover leis e políticas públicas vagas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este trabalho e refletir sobre toda esta trajetória, posso dizer que não tive dificuldades na coleta, análise dos dados e redação do trabalho, porém foi trabalhoso e despendeu muito tempo todas as etapas deste projeto.

Verificou-se que a concepção dos enfermeiros acerca do PDAPS está diretamente relacionada com os objetivos gerais e específicos deste plano, ou seja, os sujeitos da pesquisa compreenderam o PDAPS como uma proposta de reorganização e padronização dos serviços de saúde da atenção primária.

Apesar desta real compreensão, o processo de implantação do PDAPS em Itajubá/MG foi incipiente, não houve apoio administrativo para sua efetivação, de forma que a maioria dos instrumentos gerenciais não foram implantados, o que se explica pelo número de dificuldades encontradas pelos enfermeiros durante este processo, refletindo um sistema de saúde fragilizado e com total descrédito por parte destes profissionais.

Assim, as dificuldades encontradas neste processo refletem um problema de descrença na saúde local que já existe há anos, de forma que novas possibilidades de melhorias neste segmento são desacreditadas pelos profissionais de saúde.

Compreendemos o porquê da não implantação do PDAPS no município de Itajubá/MG, ao verificar que para 45,4% dos entrevistados, não houve nenhuma facilidade na sua execução.

Para os sujeitos que encontraram facilidades, observamos que estas se apresentaram de forma tímida, relacionadas praticamente ao envolvimento profissional dos facilitadores e de algumas equipes de saúde, ausentando-se nos discursos facilidades relacionadas ao aspecto político, gerencial e estrutural.

A teoria do custo de transação contribuiu com a análise das dificuldades na execução deste plano político, porém, nem todos os seus pressupostos comportamentais e características das transações foram aplicados nesta análise, como por exemplo, a racionalidade limitada, informação assimétrica, direitos de propriedade, frequência e algumas especificidades de ativos.

Na implementação do PDAPS no município de Itajubá/MG foram encontrados os custos de transação de agência, político e informacional, sendo que o custo de transação de agência foi predominante em todas as unidades, demonstrando um problema estrutural na

gestão de pessoas, o que pode estar diretamente relacionado com a falta de incentivo profissional para os verdadeiros executores desta política de saúde.

Problemas como insuficiência de recursos humanos e de infra-estrutura não tiveram um impacto importante na implementação do PDAPS em Itaubá/MG e a falta de comprometimento profissional foi o elemento que mais dificultou a efetivação desta proposta política.

O fato dos sujeitos compreenderem os objetivos do PDAPS não foi suficiente para que este plano fosse implantado, pois a tomada de decisão para solucionar as dificuldades encontradas não era de governabilidade destes profissionais.

Os dados da pesquisa demonstram que os enfermeiros da ESF não compreendem a metodologia de trabalho deste serviço de saúde proposto inicialmente em 1994 com a implantação do Programa Saúde da Família, de forma que o processo de trabalho nestas unidades está voltado para o modelo assistencialista, o mesmo das UBS tradicionais.

Esta dificuldade de mudança de modelo de atenção à saúde deve-se principalmente ao custo de transação de agência no modelo principal-agente, onde esta política não foi bem vinda pela comunidade e os objetivos do gestor de saúde não estavam alinhados com os objetivos da proposta do governo estadual.

Os custos de transação que permearam este processo demonstram a relevância da análise de políticas públicas a partir deste referencial teórico, como forma de levantar os vieses nos projetos políticos e estabelecer medidas de ajustes para que os objetivos sejam alcançados e não haja desperdício de recursos públicos.

Este estudo demonstrou a importância do trabalho interdisciplinar nos serviços de saúde como um dos requisitos fundamentais para o sucesso das medidas de melhorias nestes setores, pois se não há a comunhão entre todos os profissionais, não será possível obter êxito em nenhuma mudança no processo de trabalho das equipes de saúde.

O enfermeiro, de uma forma geral foi o profissional que mais deu importância ao PDAPS, os demais profissionais que compõem a equipe de saúde deram uma importância variável a esta proposta, evidenciando importâncias ruins e até péssimas, o que demonstra a falta de comunhão entre estes profissionais, principalmente em relação ao gestor de saúde.

As dificuldades de implantação foram distintas entre as três modalidades de unidades de saúde, sendo que as UBS tradicionais tiveram mais dificuldades do que as ESF e as UBS reorganizadas pela ESF, principalmente no que tange ao quadro de recursos humanos. A falta do ACS naquelas unidades constituiu um importante entrave na execução das atividades propostas pelo PDAPS, em especial aquelas que dependiam de um diagnóstico de saúde local.

A partir da Nova Economia Institucional foi possível compreender a importância da análise do ambiente institucional para o alcance dos objetivos das políticas públicas, considerando principalmente o elemento motivação e incentivo profissional.

A falta de incentivo profissional para a execução de novas políticas e a falta de motivação decorrente desta natureza organizacional, atrelado a ausência de cobrança e de monitoramento das ações, torna ainda mais custoso a implementação de estratégias de melhorias nos serviços públicos de saúde.

A estrutura de governança hierárquica predominante não foi suficiente para reduzir os custos de transação na implementação do PDAPS, o que indica que a presença destes custos é influenciada por questões que vai muito além do tipo de governança, como incentivo, motivação e comprometimento profissional.

Em uma estrutura hierárquica predominante em políticas públicas é necessário que se estabeleça um monitoramento contínuo das ações e um sistema de sanções caso as atividades não estejam sendo executadas, pois o que percebemos em nosso estudo é que mesmo diante de uma hierarquia, não houve controle gerencial e penalidades, o que contribuiu com o aumento dos custos de transação e com a não efetivação do PDAPS.

A presença de custos de transação, indesejável ao formulador de políticas de saúde, são importantes de serem considerados para o aprimoramento destas políticas. Visualizamos promissoras oportunidades de aplicação do modelo de custos de transação na análise de outras políticas públicas de saúde, tendo em vista ser um instrumental analítico interessante para visualizar o grau de dificuldade e necessidades de intervenções para se obter efetividade nos programas elaborados.

Esperamos que este trabalho conceda informações valiosas aos gestores de saúde, em especial do município de Itajubá/MG, para que possam propor uma reengenharia na implantação do PDAPS e reestruturar o sistema de saúde ofertando à priori condições mínimas de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M.J.M. **Sistema Único de Saúde: de que sistema se trata?** 2006. 222f. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.
- AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil.** 2003. 166f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2220>> Acesso em: 06 jan. 2013.
- ANDRADE, L. O. M. et al. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, E.R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências.** 3ª ed. Porto Alegre (RS): ARTMED, 2004.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al.. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Editora HUCITEC/FIOCRUZ, 2007. p. 783-836.
- ANDRADE, M.A. et al. **Sistema de avaliação de políticas públicas: instrumento de eficiência na busca do desenvolvimento e combate a pobreza.** s/d. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Arquivos%20GTS%20-%20recebidos%20em%20PDF/SISTEMA%20DE%20AVALIA%20C3%87%20C3%83O%20DE%20POL%20C3%8DTICAS%20P%20C3%9ABLICAS%20INSTRUMENTO%20DE%20EFICI%20C3%8ANCIA%20NA%20BUSCA%20DO%20DESENVOLVIMENTO%20E%20NO%20COMBATE%20A%20POBREZA.pdf>> Acesso em: 23 jul. 2013.
- ARANTES, L. J. **Avaliação da Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Unai/MG.** 2011.235 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/9366/1/2011_LucianoJoseArantes.pdf> Acesso em: 01 jan. 2013.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. 2013. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/consulta>> Acesso em: 20 de ago. 2013.
- AZEVEDO, P. F. Nova Economia Institucional: referencial geral e aplicações para a agricultura. **Agric.** São Paulo, SP, v.47, n.1, p. 33-52, 2000.
- BARCELOS, R.M. **A Nova Economia Institucional: Teoria e Aplicações.** Brasília: 2003. Trabalho de aluno. Disponível em: <http://vsites.unb.br/face/eco/peteco/dload/monos_012003/Raphael.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 3. ed. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2011.
- BATALHA, M. O.; SILVA, A. L. S. Gerenciamento de Sistemas Agroindustriais: Definições e Correntes Metodológicas. In: BATALHA, M. O.; LIMA, E. F (Coord.). **Gestão Agroindustrial.** São Paulo: Atlas, v.1, 2001.

BELGA, S.M.M.F; SILVA, K.L. O impacto do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em municípios de Minas Gerais: a visão dos gestores. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v.4, n.1, p.1550-1562, 2013.

BORTOLOTTI, M.A. **Governança na cadeia produtiva de suínos**: estudo de caso de duas cooperativas no oeste catarinense. 2008. 109f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2216> Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. **Constituição Federativa da República do Brasil**: texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Seção II, da Saúde. Disponível em:<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf> Acesso em: 24 dez. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em: 26 dez. 2012c.

BRASIL. **Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> Acesso em: 26 dez. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf> Acesso em: 6 jan. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes operacionais**: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Vol.1. Brasília, 2006a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva. 2.ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 12 mar. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 50p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf> Acesso em: 14 jan. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf> Acesso em: 5 jan. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 jul. 2012.

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm> Acesso em: 28 de nov. de 2012.

BRASIL. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2012**. Dispõe sobre Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html> Acesso em: 27 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html> Acesso em: 11 mar. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CNES Net**. 2013a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipas.asp> Acesso em: 13 jan. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Índice de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - IDSUS**. Dados dos anos de 2008 a 2011. 2013b. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?q=Notas+de+0+a+10+dos+indicadores+do+SUS+nos+munic%C3%ADpios+-+Dados+dos+anos+de+2008+a+2011&rls=com.microsoft:pt-br:IE-Address&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=1I7GGNI_pt-BRBR488&redir_esc=&ei=sjc7UaaLL5Sy9gSipYCIDQ> Acesso em: 09 mar. 2013.

BREITENBACH, R.; SILVA, A. **Nova Economia Institucional (NEI): estado da arte nas** (in) Aplicações ao rural. In: 48º Congresso - Sociedade Brasileira de Economia Administração e Sociologia Rural. Campo Grande/MS, 25 a 28 de julho de 2010. Disponível em: <<http://www.sober.org.br/palestra/15/484.pdf>> Acesso em: 30 jan. 2013.

CALMON, P.C.P. Promovendo a utilização da avaliação: uma abordagem baseada na incidência de custos transacionais. In: **X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Santiago, Chile, 18 - 21 Out.2005.

CALMON, P.C.P; PEDROSO, M. **A incidência de custos transacionais em programas do Ministério da Saúde: Um estudo de caso sobre as Avaliações do Plano Plurianual (PPA)**. In: XXXII Encontro da Anpad, Rio de Janeiro, setembro, 2008.

CAMPOS, C.J.G. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v.57, n.5, set./out. 2004.

CARVALHO, N. et al. **Efeitos da assimetria de informação sobre os custos de transação da cadeia produtiva da batata**. VII Simpósio de excelência e gestão em tecnologia. UFLA, s/d. Disponível em:

<http://www.aedb.br/seget/artigos10/444_Efeitos%20da%20Assimetria%20de%20Informacao.pdf> Acesso em 29 de set. 2013.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J, C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde – 2.ed.rev.ampl.-** Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478 p.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G.W.S.C. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2ª reimpressão, 2007.

CONASS (Brasil). Nota Técnica 06/2006 - Para Entender o Pacto pela Saúde. **Notas Técnicas para o ano 2006**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=publicacao_notas&ano=2006>. Acesso em: 20 fev. 2008.

CONASS (Brasil). **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília, CONASS, 2009. Disponível em:<http://www.conass.org.br/publicacoes/caderno_oficina_aps.pdf> Acesso em: 05 fev. 2013.

COSTA, S.M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v.27, n.8, p.90-6, abr./jun. 2013.

COSTA, C.R.; FRACOLLI, L.A.; CHIESA, A.M. Desafios para o trabalho do enfermeiro no PSF/PACS nas grandes metrópoles: análise da gerência. In: SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R. (Orgs.). **A enfermagem na gestão em Atenção primária à Saúde**. Barueri: Manole, 2007.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

COSTA, S.M. et al. Processo de implantação do plano diretor da atenção primária à saúde no norte de minas gerais, Brasil: fragilidades e potencialidades. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, n.3, p.556-574, jul./set. 2011a.

COSTA, S.M. et al. Perfil e Atuação Profissional dos Facilitadores de Microrregiões do Norte de Minas Gerais. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v.2, n.1, p.75-82, jan./jun.2011b.

CRUZ, M. M. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR W.V. (Orgs). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, p.35-46, 2011. Disponível em: < www.saude.mt.gov.br/arquivo/2164 > Acesso em: 7 jan. 2013.

DENGA, A.B. **Frases políticas**. s/d. Disponível em:<http://pensador.uol.com.br/frases_politicas/2/> Acesso em: 17 abr. 2013.

DESSLER, G. **Conquistando comprometimento**. São Paulo: Makron Books, 1996.

DICIONÁRIO INFORMAL. **Significados de comprometimento**. 2008. Disponível em:<<http://www.dicionarioinformal.com.br/comprometimento/>> Acesso em: 14 abr. 2013.

DITTERICH, R.G.; GABARDO, M.C.L.; MOYSÉS, S.J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família em Curitiba, **Saúde Soc.**, Paraná, v.18, n.3, p.515-524, 2009.

DIXIT, A. Incentives and Organizations in the Public Sector: An Interpretative Review. **The Journal of Human Resources**, Madison, v.37, n.4, p.696-727, 2002. Disponível em: < [http://www.edegan.com/pdfs/Dixit%20\(2002\)%20-%20Incentives%20and%20Organizations%20in%20the%20Public%20Sector.pdf](http://www.edegan.com/pdfs/Dixit%20(2002)%20-%20Incentives%20and%20Organizations%20in%20the%20Public%20Sector.pdf)> Acesso em: 04 fev. 2013.

DUARTE, F.M. Formação profissional em saúde: alguns apontamentos, **Rev. Convergência Crítica, Movimentos Sociais, Direitos e Sociedade**, v.1, n.1, p.1-31, 2012. Disponível em:< <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/convergeniacritica/.../647>> Acesso em: 11 abr.2013.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP / FIOCRUZ. **Relatório Final do Estudo de Carga Global de Doença do Estado de Minas Gerais**. Núcleo de Pesquisa em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença, 2005. ENSPTEC – Tecnologias em Saúde para Qualidade de Vida: Rio de Janeiro, 2011, 79 p. Disponível em:< <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/Estudo%20de%20Carga%20de%20Doencas%20de%20Minas%20Gerais.pdf>> Acesso em: 15 fev. 2013.

EINSTEIN, A. **Albert Einstein**. s/d. Disponível em: <http://www.citador.pt/citacoes.php?frases=Albert_Einstein&cit=1&op=7&author=81&firstrec=0> Acesso em: 17 abr. 2013.

FABRIS, V. Sessão carta ao leitor: a segunda geração do choque de gestão. **Revista Gestão Minas** — Construindo um novo tempo, Belo Horizonte, ano I, n. 2, p. 2, dez. 2007.

FAGUNDES, J. **Economia Institucional: Custos de Transação e Impactos sobre Política de Defesa da Concorrência**. s/d. Disponível em: < http://www.ie.ufrj.br/grc/pdfs/custos_de_transacao_e_impactos_sobre_politica_de_defesa_da_concorrncia.pdf> Acesso em: 03 fev. 2013.

FARINA, E. M.; AZEVEDO, P. F.; SAES, M. S. **Competitividade: Mercado, Estado e Organizações**. São Paulo: Ed. Singular, p. 33-109, 1997.

FELIPE, E.S. **Racionalidade limitada e modelos mentais: aspectos cognitivos dos agentes econômicos na economia institucionalista**. s/d. Disponível em:<
http://www.faculdade.pioxiies.com.br/img/artigos/racionalidade_modelos_mentais_%20REVISTA_ECONOMICA_2_rev.pdf> Acesso em: 03 fev. 2013.

FERREIRA, G. M. V. et. al. A economia dos custos de transação sob uma análise crítica: perspectivas de aplicação no agronegócio. In: **XLIII CONGRESSO DA SOBER** “Instituições, Eficiência, Gestão e Contratos no Sistema Agroindustrial”. **Anais...** Ribeirão Preto, 24 a 27 de Julho de 2005.

FERNANDES, L. A; GOMES, J. M. M. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **Con Texto**, Porto Alegre, v.3, n.4, p.1-23, 2003.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. Dados - **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FILHO, E.B.S. A teoria da firma e a abordagem dos custos de transação: elementos para uma crítica institucionalista. **Rev. Pesquisa & Debate**, São Paulo, v.17, n.2, p.259-277, 2006.

FLANKLIN, B. **Citações: tema conhecimento**. s/d. Disponível em:<<http://www.citador.pt/frases/citacoes/t/conhecimento/90>> Acesso em: 17 abr. 2013.

FONSECA, V. S. A abordagem institucional nos estudos organizacionais: bases conceituais e desenvolvimentos contemporâneos. In: VIEIRA, M. M. F.; CARVALHO, C. A. (org). **Organizações, Instituições e Poder no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2003. p.47-66.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan. 2008 . Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000100003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 28 mar. 2013.

FRANCO, M.L.P.B. **O que é análise de conteúdo**. São Paulo: PUC, 1986.

FREIRA, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2ª reimpressão, 2007, p.715-39.

GEREFFI, G. ; HUMPHREY, J. & STURGEON, T. The Governance of Global ValueChains. **Review of International Political Economy**, fev. 2005, p. 78-104. Disponível em:<
[http://millenniumindicators.un.org/unsd/trade/s_geneva2011/refdocs/RDs/Governance%20of%20GVCs%20\(Gereffi%20-%20Feb%202005\).pdf](http://millenniumindicators.un.org/unsd/trade/s_geneva2011/refdocs/RDs/Governance%20of%20GVCs%20(Gereffi%20-%20Feb%202005).pdf)> Acesso em: 04 fev. 2013.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2, p.490-498, 2005.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p.37-61, jan./abr. 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 575-625, 2008.

HORN, M. J. **Political economy of public administration**: institutional choice in the public sector. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. Disponível em: <<http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam031/94044897.pdf>> Acesso em: 01 set. 2013.

IBGE. Censo 2010. **Sinopse do Censo Demográfico**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 16 jul. 2012.

JENSEN, M.; MECKLING, W. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. **Journal of Financial Economics**, v. 3, n. 4, p. 305-360, 1976. Disponível em: <<http://www.sfu.ca/~wainwrig/Econ400/jensen-meckling.pdf>> Acesso em: 02 out. 2013.

JUNQUEIRA, M.G. **Regulamentação da Emenda 29**: financiamento da saúde, em busca de soluções. Belo Horizonte: COSEMS de Minas Gerais, 2011.

KUPFER, D; HASENCLEVER, L. **Economia Industrial**: Fundamentos teóricos e práticas no Brasil. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

LANZONI, G.M.M. et al. Direitos dos usuários da saúde: estratégias para empoderar agentes comunitários de saúde e comunidade. **Rev Rene**, v. 10, n.4, p.145-54, 2009.

LELES, F.A.G. **Saúde em casa**: melhorando a qualidade da Atenção Primária prestada à saúde dos mineiros. s/d. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/saude-em-casa/Produtos%20-%20Saude%20em%20Casa.pdf> Acesso em: 13 jan. 2013.

LOPES, R. M.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, sup 2, p. 283-297, 2004.

MACINKO, J. **Estratégia de Saúde da Família**: acesso, utilização e impacto na saúde dos brasileiros. Brasília: Oficina da Rede de Pesquisa Brasileira em APS, 2011.

MAIO, M.C.; LIMA, N.T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p.1611-1613, jul., 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. São Paulo: Atlas, 2002, 214 p.

MARQUES, A.J.S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião do Norte de Minas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, G.W.S.C. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2ª reimpressão, 2007.

MARTINS, C.C. **Análise do processo de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde de Minas Gerais tendo por referência o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde**. 162 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-653192>> Acesso em: 05 fev. 2013.

MATA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. **Atenção primária à saúde**. 2009. Disponível em < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> Acesso em: 23 nov. 2012.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). **Os sentidos da integralidade no cuidado e na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/Abrasco, p.39-64, 2001.

MATOS, M.A.B. **A implantação de linhas-guias à saúde de Minas Gerais**. III Mostra nacional de produção em saúde da família. 2008. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/mostra/mr/ok15h_marco_antonio_mr16.pdf> Acesso em: 29 ago. 2013.

MCCANN, L. et al. **Transaction Cost Measurement for Evaluating Environmental Policies**. *Ecological Economics*, 52, p. 527 – 542, 2005. Disponível em:< <http://classwebs.spea.indiana.edu/kenricha/Oxford/Oxford%202011%20Readings/McCann.pdf>> Acesso em 12 dez. 2012.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 26. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2001.

MELO, E.C.P.; CUNHA, F.T.S.; TONINI, T. Políticas de Saúde Pública. In: FIGUEIRO, N.M.A. (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v.12, n.2, p.204-213, abr./jun., 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/307/203>> Acesso em: 05 jan. 2013.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica - suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas**. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002, 92 p.

MENDES, E.V. **Agora mais do que nunca**: uma revisão bibliográfica sobre a Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: [s.n], 2009. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Agoramaisquenunca.pdf>> Acesso em: 05 fev. 2013.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p.2297-305, 2010.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf> Acesso em: 07 jan. 2013.

MENDES, K.; FIGUEIREDO, J.C.; MICHELS, I.L. A Nova Economia Institucional e sua Aplicação no estudo do Agronegócio brasileiro. **Rev. de Economia e Agronegócio**, v.6, n.3, 2009. Disponível em: <<http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/53852/2/Artigo%2002.pdf>> Acesso em: 23 de jan. 2013.

MERHY, E.E. **A Saúde Pública como Política**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Oficina de trabalho**: saúde em casa e o programa saúde da família. Guia do participante, s/d.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte, 2004. 80p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto**: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte: SES/MG, 2006, 198 p.

MINAS GERAIS. Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Legislação do Sistema Único de Saúde - SUS**. 5. ed. Belo Horizonte: SES, 2008, 124 p.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Oficina 1 - Redes de Atenção à Saúde**. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009a.

MINAS GERAIS. Governo de Minas. **O choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009b.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Oficina 2 e 3. Análise da Atenção Primária à Saúde e Diagnóstico Local**. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009c.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Oficina 4. Programação Local e Municipal.** Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2009d.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Oficina 5. Acolhimento e classificação de risco.** Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2009e.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES Nº 1935 de 08 de julho de 2009.** 2009f. Aprova as normas gerais de adesão e execução ao Projeto Estruturador Saúde em Casa. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2009/resolucao_1935.pdf> Acesso em 14 jan.2013.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Oficina 6. Abordagem familiar.** Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2010a.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Oficina 7. O contrato de gestão.** Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2010b.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Oficina 8. Prontuário de Saúde da Família.** Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2010c.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Oficina 9. Monitoramento e melhoria contínua de processos.** Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2010d.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Oficina 10. O sistema de apoio diagnóstico laboratorial.** Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2010e.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 2334 de 08 de junho de 2010.** Define o valor do incentivo financeiro por município para a implantação do Protocolo de Classificação de risco em Urgência e Emergência - Sistema Manchester. Belo Horizonte, 2010f. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2010/resolucao_2334.pdf> Acesso em: 11 mar. 2013.

MINAS GERAIS. Governo de Minas. **Pro-Hosp.** 2011a. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/pro-hosp> Acesso: 11 jan. 2013.

MINAS GERAIS. Governo de Minas. **SUSfácil** – Sistema Estadual de Regulação Assistencial. 2011b. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/susfacil> Acesso em: 13 jan. 2013.

MINAS GERAIS. Governo de Minas. **Saúde em Casa**. 2012a. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa > Acesso em: 11 jan. 2013.

MINAS GERAIS. Governo de Minas. **Sistema Estadual de Transporte em Saúde**. 2012b. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/sistema-estadual-de-transporte-sanitario> Acesso em: 14 jan. 2013.

MINAS GERAIS. Governo de Minas. **Programa Mais Vida**. 2012c. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/copy_of_programa-mais-vida> Acesso em: 14 jan. 2013.

MINAS GERAIS. Governo de Minas. **Hiperdia Minas**. 2012d. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/hiperdia-minas> Acesso: 14 jan. 2013.

MINAS GERAIS. Governo de Minas. **Farmácia de Minas**. 2012e. Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas> Acesso em: 14 jan. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Estado - MINAS GERAIS**. 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 10 jun. 2013.

MIRANDA, S.M.R.C. Participação popular e gestão em saúde. In: SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R.C. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007.

MISHIMA, S.M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a organização da assistência à saúde: o caso do Programa da Saúde da Família**. 2003. 153f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NASCIMENTO, R.H. **Sistema Único de Saúde**. s/d. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/sus.htm>> Acesso em: 23 dez. 2012.

NEGRI, B.; WERTHEIN, J. Apresentação. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726 p.

NEVES, A. **Novo paradigma para a gestão pública**. Estado de Minas, 28 de dezembro de 2007.

NEVES, M.F. **Sistema Agroindustrial citrícola: um exemplo de quase integração no agribusiness brasileiro**. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

NIETZSCHE, F. **Friedrich Nietzsche**. s/d. Disponível em:<http://pensador.uol.com.br/autor/friedrich_nietzsche/3/?> Acesso em: 17 abr. 2013.

NORTH, D. **Institutions, institutional change and economic performance**. Cambridge Press, 1990.

NORTH, D. Institutions. **Journal of Economic Perspectives**, vol.5, nº1. p.97-112,1991.

NUNES, E.D. Sociologia da saúde: história e temas. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2ª reimpressão, 2007.

OLIVEIRA, S. L de. **Tratado de Metodologia Científica**. 1. ed. São Paulo: Pioneira, 1997.

OPAS. **Informe sobre a reunião de trabalho Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil**. Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília, 2003.

OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS. 2007. Disponível em: <<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacao-Atencao-Primaria-Saude-Americas.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2012.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 143-146, ago. 2001.

PEREIRA, A.L. et al. Programas de Atenção à Saúde. In: FIGUEIRO, N.M.A. (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005.

PERES, U.D. Custos de Transação e Estrutura de Governança no Setor Público. **RBGN**, São Paulo, v. 9, n. 24, p. 15-30, maio/ago. 2007. Disponível em: <<http://200.169.97.104/seer/index.php/RBGN/article/viewFile/81/76>> Acesso em 04 fev.2013.

PERPETUO, I.H.O; WONG, L.R. **Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário**: uma análise exploratória dos dados em Minas Gerais. Belo Horizonte: Departamento de Demografia/Cedeplar /FACE / UFMG, 2006.

PESTANA, M. **Saúde em casa**. 2013. Disponível em: <<http://www.marcuspestanda.com.br/homol/18/saude-em-casa.aspx>> Acesso em: 11 jan. 2013.

PESTANA, M.; TAVARES JÚNIOR, T.; MENDES, E.V. **Bases conceituais e programáticas do choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. s/d. Disponível em: http://www.seplag.rs.gov.br/upload/Painel_23_Marcus_Pestana_formatado.pdf Acesso em: 09 jan. 2013.

PILATTI, A. A perspectiva institucionalista e a análise da dinâmica das decisões legislativas. **Direito, Estado e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.9, n.29, p. 28-48, jul./dez. 2006.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza (Org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: PEN/UFSC – Papa Livros, 1999. p. 25-48.

POHLMANN, M.C et al. Impacto da especificidade de ativos nos custos de transação, na estrutura de capital e no valor da empresa. **Rev. contab. finanç.** [on line] , São Paulo, v.15, n.spe, jun.2004. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-70772004000400002&script=sci_arttext> Acesso em: 23 jan. 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJUBÁ, s/d. Disponível em: <<http://www.itajuba.gov.br>> Acesso em: 21 jan. 2013.

PZREWORSKI, A. **Estado e economia no capitalismo.** Rio de Janeiro: Relume-dumará, 1995.

QUEIROZ, R.G.M.; CKAGNAZAROFF, I.B. Inovação no setor público: uma análise do choque de gestão (2003-10) sob a ótica dos servidores e dos preceitos teóricos relacionados à inovação no setor público. **Revista de Administração Pública – RAP**, v.44, n.3, p.679-705, mai./jun. 2010.

REIS, L.G.R. et al. A Economia dos Custos de Transação na Análise da Coleta Seletiva em Londrina: um Estudo de Caso. **Rev. Eletrônica de Ciência Administrativa.** Campo Largo, v.4, n.2, p.1-17, 2005.

ROCHA, A.V.M.A. **Eficiência de uma empresa de serviços públicos em face do advento da agência reguladora sob a ótica da economia do custo de transação.** 149 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.fea.usp.br/noticias.php?i=830>> Acesso em: 10 abr. 2013.

SANTAYANA, J. **Citações: Tema Teoria.** s/d. Disponível em: <<http://www.citador.pt/frases/citacoes/t/teoria>> Acesso em: 17 abr. 2013.

SANTOS, A. S. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexão e conceitos importantes. In: SANTOS, A.S.; MIRANDA, S. M. R. (Orgs.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Barueri: Manole, 2007a.

SANTOS, A.S. Reflexos da história das políticas públicas e de saúde e gestão em atenção primária: desdobramentos para a enfermagem. In: SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R. (Orgs.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Barueri: Manole, 2007b.

SANTOS, S. R.S. **Nova Economia Institucional.** s/d. Disponível em: <<http://d.yimg.com/kq/groups/16643321/270946459/name/A+nova+economia+institucional.pdf>> Acesso em: 23 jan. 2013.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Formas de Gestão do SUS.** s/d. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/formas-de-gestao-do-sus>> Acesso em: 28 dez. 2012.

SCOTT, W. R. **Institutions and Organizations.** London: Sage Publications, 1995.

SILVA, F.V.N. **Considerações sobre a judicialização do acesso à saúde**. 2005. 26f. Monografia. (Direito Humanos) - Universidade Católica de Pelotas - Escola de Direito, Pelotas, 2005.

SILVA, R. S. **O desenho institucional do estado sob uma perspectiva temporal: o caso da política regulatória dos fundos de pensão**. 2007. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília, Instituto de Ciência Política, Brasília, 2007, 181 f.

SILVA, J.A. **O agente comunitário de saúde do projeto qualis: agente institucional ou agente da comunidade?** 2001. Tese. (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, M.F.G. Corrupção e produção de bens públicos. In: ARVATE, P.R.; BIDERMAN, C. (Org.). **Economia do setor público no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p.126-135.

SILVA FILHO, E.B. da. A teoria da firma e a abordagem dos custos de transação: elementos para uma crítica institucionalista. **Pesquisa & debate**, SP, volume 17, n. 2, v. 30, p. 259-277, 2006.

SILVA, M.J.; RODRIGUES, R.M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.2, n.1, 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista2_1/Agente.html> Acesso em: 5 jan. 2013.

SILVA, Pedro L. B.; MELO, Marcus A. B. de. **O processo de implementação de políticas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. NEPP – Núcleo de Estudo de Política Públicas/UNICAMP, Campinas-SP, 2000. Disponível em: <<http://www.nepp.unicamp.br/Cadernos/Caderno48.pdf>> Acesso em: 23 jul. 2013.

SILVA, V.Q. et al. Avaliação do comprometimento dos profissionais da saúde do município de São José da Barra (MG) com a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência Et Praxis**, v.4, n.7, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.fespmg.edu.br/books/Revista-Ciencia-Et-Praxis/Volume-04-N-07-Janeiro-Junho-2011/files/assets/basic-html/page12.html>> Acesso em: 10 jan. 2013.

SILVA, K.L, et al. Plano diretor de atenção primária como estratégia de educação permanente: perspectiva dos facilitadores. **Rev Rene**, v.13, n.2, 2012, p. 552-61.

SILVA, R. S.; COSTA JUNIOR, A.P. S. Judiciário e política regulatória: instituições e preferências sob a ótica dos custos de transação. **Rev. Econ. Polit.** [online], v.31, n.4, 2011, p. 659-679. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rep/v31n4/09.pdf>> Acesso em: 08 out. 2013.

SILVERWOOD-COPE, K. O. **Evolução recente da política ambiental no Brasil: uma análise a partir do Plano Plurianual 2000/2003**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

SMORIGO, M. R. P. Os sistemas de distribuição de flores e plantas ornamentais: uma aplicação da economia dos custos de transação. **II Wokshop Brasileiro de Gestão de Sistemas Agroalimentares**. Pensa/Fea/USP, Ribeirão Preto, 1999.

- SOUSA, M. F. **Agentes comunitários de saúde: choque de povo**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SOUZA, A.M.A, et al. **Processo Educativo nos Serviços de Saúde**. Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Representação do Brasil. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos nº1. Brasília, 1991.
- SPEDO, S. M. **Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo**. 2009. Tese. (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- SPINO, J. A. **Instituciones y economia**. México: Fondo de Cultura Econômica, 1999. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/43430165/INSTITUCIONES-Y-ECONOMIA-UNA-INTRODUCCION-AL-NEOINSTITUCIONALISMO-ECONOMICO>> Acesso em: 18 abr. 2013.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726 p.
- STARFIELD, B.; MACINKO, J; SHI, L. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.
- TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> Acesso em: 27 dez. 2012.
- TORRES, G. **SES fortalece rede viva vida em Minas**. 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/ses-fortalece-rede-viva-vida-em-minas> Acesso em: 11 jan. 2013.
- VALLE, L.A.B. Educação. In: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde – 2.ed.rev.ampl.**- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478 p.
- VARGAS, J.D. **História das políticas públicas no Brasil**. 2008. 28f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares), Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD52%201%BA%20Ten%20A1%20JEFERSON%20DUTRA%20DE%20VARGAS.pdf> Acesso em: 01 jan. 2013.
- VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O sistema único de saúde. In: : CAMPOS, G.W.S.C. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2ª reimpressão, 2007.
- VATN, A. **Transaction costs and multifunctionality. OECD Workshop on Multifunctionality by the Directorate for Food, Agriculture and Fisheries**, Paris, France, 2001.
- VIANNA, A. L. D. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.
- VIANA, A.L.D.; BAPTISTA, T.W.F. Análise de políticas de saúde. IN: Giovanella e cols. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008, p. 65-105.

WILLIAMSON, O. E. **The Economic Institutions of Capitalism**. New York: The FreePress, 1985.

WILLIAMSON, O. E. The Economics of Governance: Framework and Implications. In: LAGLOIS,R. **Economics as a Process**. New York, p.161-202, 1986.

WILLIAMSON, O. E. **Transaction Cost Economics: How it works: Where it is headed**. De Economist 146, n. 1, p.23-58, Kluwer Academic Publishers. Netherlands, 1998.

WIEMER, A.P.M. **Efeitos dos custos transacionais na implementação de um programa de governo: um estudo de caso sobre o programa nacional de apoio à gestão administrativa e fiscal dos municípios brasileiros (pnafm)**. 2010. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

WIEMER, A.P.M. **A incidência de custos transacionais na implementação do Programa Nacional de Apoio à Gestão Administrativa e Fiscal dos Municípios Brasileiros (PNAFM): um estudo de caso**. In: XXXII Encontro da Anpad, Rio de Janeiro, setembro, 2011. Disponível em: <
http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2011/APB/APB1496.pdf>
Acesso em: 04 fev. 2013.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuições às funções essenciais de saúde pública**. 2005. 336f. Tese. (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ZYLBERSZTAJN, D. Conceitos Gerais, Evolução e Apresentação do Sistema Agroindustrial. In: ZYLBERSZTAJN, D; NEVES, M.F. (Orgs.). **Economia e Gestão dos Negócios Agroalimentares**. São Paulo: Pioneira, 2000.

ZYLBERSZTAJN, D. Costs, transactions and transaction costs: are there simple answers for complex questions? **Working paper** nº03/006, FEA, USP, fev. 2003. Disponível em:<<http://www.ead.fea.usp.br/WPapers/2003/03-006.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

APÊNDICE A - Solicitação de autorização para realização da pesquisa



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Alfenas, MG. CEP: 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000, Fax: (35) 3299-1063



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Exma. Secretária de Saúde de Itajubá
 Maria de Lourdes de Moraes Silva

Estamos realizando uma pesquisa intitulada "*Avaliação da implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos enfermeiros: contribuições da teoria do custo de transação*", de autoria da enfermeira Tatiana Oliveira Silva Bittencourt, docente do curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – EEWB, aluna do curso de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado em Enfermagem) da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, com o objetivo geral de identificar as dificuldades e facilidades encontradas, pelos enfermeiros das unidades de Atenção Primária à Saúde, na implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) no município de Itajubá/MG.

Sendo assim, solicitamos a autorização para realizar a pesquisa acima citada, bem como a disponibilização dos dados coletados para publicação.

A coleta dos dados será realizada durante os meses de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013 por meio de três instrumentos: 1ª) Caracterização pessoal e profissional do enfermeiro; 2ª) Roteiro de entrevista semi-estruturada contendo as seguintes perguntas 1- *O que é o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS)?* 2 – *Em relação à implantação do PDAPS, no município de Itajubá, fale sobre as facilidades, se houveram, e dificuldades, se houveram;* 3ª) Roteiro de entrevista estruturada contendo informações específicas sobre a implantação do PDAPS como: a frequência com que o enfermeiro discute com a equipe de saúde o processo de trabalho dos profissionais em relação às propostas do PDAPS, a opinião do enfermeiro em relação à importância dada pelos diversos atores sociais a esta proposta de melhoria da APS, a avaliação do enfermeiro em relação à implantação do PDAPS em sua unidade de saúde e no município de Itajubá/MG e à implantação dos instrumentos de normalização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, propostos pelo PDAPS.

Unidade Educacional I (Pós-graduação)
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Alfenas, MG
 CEP: 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000
 Fax: (35) 3299-1063



Unidade Educacional II (Pós-graduação)
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Alfenas, MG
 CEP: 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000
 Fax: (35) 3299-1063

[Assinatura manuscrita]



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas, MG. CEP: 37130-000
Fone: (35) 3299-1000. Fax: (35) 3299-1063




Esclarecemos que obedecemos às normas regulamentadoras da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Os profissionais, após os esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa e a forma de sua condução, serão livres para consentir em participar de forma voluntária. Também será solicitada a assinatura do entrevistado no termo de consentimento livre e esclarecido.

Será mantido o anonimato dos profissionais entrevistados e dos serviços incluídos. Os dados obtidos serão mantidos em sigilo e somente serão utilizados para o propósito desta pesquisa. As entrevistas serão agendadas e realizadas de forma a não perturbar as atividades dos profissionais e da unidade de saúde.

Agradecemos a atenção dispensada ao nosso pedido.


Tatiana Oliveira Silva Bittencourt
Pesquisadora


Maria Regina Martinez
Orientadora


Consinto com a realização da pesquisa.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Itajubá/MG

Cargo: Secretária de Saúde

01 / 11 / 2012

Autorizado: _____


Maria de Lourdes de Moraes Silva
Secretária Municipal de Saúde

Contato: Profª. Maria Regina Martinez
martinez@unifal-mg.edu.br
Tel: (35) 3299-1380
End: R. Gabriel Monteiro da Silva, 700
CEP: 37130-000 Alfenas-MG
Escola de Enfermagem

Unidade Educacional 19-196-191
Cidade: Alfenas - Minas Gerais - CEP: 37130-000
Telefone: (35) 3299-1412
Site: www.unifal-mg.edu.br



Unidade Educacional 19-196-191
Cidade: Alfenas - Minas Gerais - CEP: 37130-000
Telefone: (35) 3299-1412
Site: www.unifal-mg.edu.br

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Tatiana Oliveira Silva Bittencourt, enfermeira, docente do curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz - EEWB, aluna do curso de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado em Enfermagem) da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, estou desenvolvendo uma pesquisa com a orientação da professora Dr^a Maria Regina Martinez e do professor Dr^o Sinézio Inácio da Silva Júnior, intitulada “*Avaliação da implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos enfermeiros: contribuições da teoria do custo de transação*”.

A pesquisa tem como objetivo geral identificar as dificuldades e facilidades encontradas, pelos enfermeiros das unidades de Atenção Primária à Saúde, na implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) no município de Itajubá/MG.

Sua participação é voluntária e sua recusa será mantida em sigilo. Caso consinta em participar, coletarei os dados por meio de três instrumentos: 1^a) Caracterização pessoal e profissional do enfermeiro; 2^o) Roteiro de entrevista semi-estruturada contendo as seguintes perguntas 1- *O que é o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS)?* 2 - *Em relação à implantação do PDAPS, no município de Itajubá, fale sobre as facilidades, se houveram, e dificuldades, se houveram;* 3^o) Roteiro de entrevista estruturada contendo informações específicas sobre a implantação do PDAPS como: a frequência com que o enfermeiro discute com a equipe de saúde o processo de trabalho dos profissionais em relação às propostas do PDAPS, a opinião do enfermeiro em relação a importância dada pelos diversos atores sociais a esta proposta de melhoria da APS, a avaliação do enfermeiro em relação a implantação do PDAPS em sua unidade de saúde e no município de Itajubá/MG e à implantação dos instrumentos de normalização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, propostos pelo PDAPS.

Serão garantidos o seu anonimato e o sigilo das informações. Todas elas ficarão sob nossa responsabilidade e trabalharemos com os dados de forma global, reunindo todos os dados de todas as pessoas que participarão do estudo, de forma a evitar a identificação individual dos participantes. Durante a entrevista, você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer penalização ou prejuízo a sua pessoa.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é o documento que comprova a sua permissão. Possui duas vias, sendo que uma ficará com o participante e outra com o pesquisador. Assim, precisamos da sua assinatura para oficializar o seu consentimento.

Para possíveis informações ou esclarecimentos a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFAL, pelo telefone (35) 3299-1318, situado à Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Prédio O - sala 409-B, em Alfenas - MG.

Agradecemos desde já sua valiosa colaboração e nos colocamos a sua disposição para outros esclarecimentos necessários.

Por me achar plenamente esclarecido (a) e em perfeito acordo com este termo de consentimento, eu, para oficializar minha participação como sujeito desta pesquisa, de forma livre, esclarecida e voluntária, assino o presente documento.

Participante: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE C - Caracterização pessoal e profissional

1. Pseudônimo:..... Unidade:.....
2. Sexo: F () M () Idade:anos
3. Estado civil: casado () solteiro () divorciado () viúvo () outros ().....
4. Tempo de formação profissional: anos e meses
5. Local de trabalho: ESF () UBS tradicional () UBS reorganizada pela ESF ()
6. Tempo de trabalho no município: UBS anos meses ESF anosmeses
7. Carga horária de trabalho: Diária: horas Semanal: horas
8. Forma de contratação: Concurso público () Contrato () Cargo em comissão ()
Processo seletivo ()
9. Participou da implantação do PDAPS como: facilitador(a) () ouvinte () outros ().....

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista semi-estruturada

1. O que é o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde?
2. Em relação à implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde, no município de Itajubá-MG, fale sobre as facilidades, se houveram, e dificuldades, se houveram.

APÊNDICE E - Roteiro de entrevista estruturada

1. Com que frequência você discute com a equipe de saúde o processo de trabalho dos profissionais em relação às propostas do PDAPS? Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente () Mensalmente () Semestralmente () Raramente () Nunca ()

2. Na sua opinião, em relação à implantação do PDAPS em sua unidade, a importância dada pelos diversos atores sociais a esta proposta de melhoria da APS foi:

Enfermeiro: Ótima () Muito Boa () Boa () Ruim () Péssima ()

Médico: Ótima () Muito Boa () Boa () Ruim () Péssima ()

Odontólogo: Ótima () Muito Boa () Boa () Ruim () Péssima ()

Auxiliar de enfermagem: Ótima () Muito Boa () Boa () Ruim () Péssimo ()

Técnico de enfermagem: Ótima () Muito Boa () Boa () Ruim () Péssima ()

Agente Comunitário de Saúde: Ótima () Muito Boa () Boa () Ruim () Péssima ()

Comunidade: Ótima () Muito Boa () Boa () Ruim () Péssima ()

3. Como você avalia a implantação do PDAPS em sua unidade de saúde?

Ótima () Muito Boa () Boa () Ruim () Péssima ()

4. Como você avalia a implantação do PDAPS no município de Itajubá/MG?

Ótima () Muito Boa () Boa () Ruim () Péssima ()

5. Em relação à implantação dos instrumentos de normalização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, propostos pelo PDAPS, quais foram implantados na sua unidade de saúde:

Prontuário de saúde da família: Sim () Não () Parcialmente ()

Linhas-guia de atenção à saúde: Sim () Não () Parcialmente ()

Gestão da clínica (diagnóstico e programação local e municipal): Sim () Não ()

Parcialmente ()

Protocolo de classificação de risco: Sim () Não () Parcialmente ()

Contrato de gestão: Sim () Não () Parcialmente ()

Sistema de monitoramento das ações desenvolvidas pela equipe de saúde: Sim () Não ()

Parcialmente ()

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS: Contribuições da teoria do Custo de Transação

Pesquisador: Maria Regina Martinez

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 067445|2.1.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 164.897

Data da Relatoria: 04/12/2012

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa trata de uma avaliação acerca da implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) como política de otimização e fortalecimento da APS no município de Itajubá-MG sob a ótica dos enfermeiros.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Identificar as dificuldades e facilidades encontradas, pelos enfermeiros das unidades de Atenção Primária à Saúde, na implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à saúde no município de Itajubá/MG.

Secundário: Verificar a concepção que os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Itajubá/MG possuem acerca do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde; Identificar os custos de transação que se fizeram presentes na implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde no município de Itajubá/MG.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores este estudo não apresenta riscos em potencial, e não é previsto nenhum benefício aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Se não é previsto nenhum benefício aos sujeitos de pesquisa, qual a importância em identificar as dificuldades e facilidades encontradas por eles, ou mesmo verificar a concepção que possuem

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



acerca do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados satisfatoriamente.

Recomendações:

Recomendo que seja estudado alguma forma de levar benefícios aos sujeitos de pesquisa após a análise dos dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não fere a nenhuma norma/recomendação da resolução CNS 196/96

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acata o parecer do relator.

ALFENAS, 06 de Dezembro de 2012

Assinador por:

Maisa Ribeiro Perreira Lima Brigagão
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etca@unifal-mg.edu.br