

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL**

MARIA APARECIDA MACHADO ORIOLI

**O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
ITAPERUNA - Estado do Rio de Janeiro: avaliação da
implantação e metas propostas**

**NITERÓI
2006**

MARIA APARECIDA MACHADO ORIOLI

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
ITAPERUNA - Estado do Rio de Janeiro: avaliação da
implantação e metas propostas

Dissertação apresentada à Universidade
Federal Fluminense como parte das
exigências para obtenção do título de Mestre
em Política Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a LENAURA DE VASCONCELOS COSTA LOBATO

Niterói/RJ

2006

MARIA APARECIDA MACHADO ORIOLI

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
ITAPERUNA - Estado do Rio de Janeiro: avaliação da
implantação e metas propostas

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Política Social da Escola de
Serviço Social da Universidade Federal
Fluminense, como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre. Área de
Concentração: Saúde da Família, Atenção
Básica.

Aprovada em setembro de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Orientadora
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanela
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Prof.^a Dr.^a Mônica de Castro Maia Senna
Universidade Federal Fluminense

Niterói
2006

A minha amada família,
que me acompanhou em cada passo deste
mestrado, apoiando meu esforço,
compreendendo minha ausência, sendo
paciente com a minha impaciência, provando
que o amor é capaz de nos conduzir à vitória
da forma mais serena.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que me deu a vida e lhe deu sentido através do minha união com o Carlos e a tornou eterna através de Matheus, Gabriel, Bernardo e Carolina.

Ao Benedito, meu amigo-irmão, por me apresentar o edital do Concurso desse Mestrado, trazendo com ele a certeza de que eu seria capaz de concorrer a uma vaga, a alegria pela vitória do ingresso no curso e em cada encontro, de corpo e de coração, por me garantir que conseguiria chegar ao fim.

A você Carlos Alberto, meu esposo, amor eterno, amigo, companheiro, cúmplice, fonte de energia nos “picos de luz”. Sem você não seria quem sou, nem o que sou... Sem você todos os sentimentos experimentados: alegria, amor, estresse, paixão, medo, dúvida, incerteza, ansiedade, loucura, confiança, sensação de dever cumprido, não seriam possíveis, pois é você o combustível da minha caminhada, a essência da minha alma.

Ao Érico, meu irmão de coração, por tantos momentos inesquecíveis e experiências partilhadas, engenheiro que trouxe a lógica para o meu pensamento, gestor que dividiu comigo suas experiências, médico que me mostrou a fascinante arte de curar, através do “verdadeiro cuidado com o outro”.

À minha mãe, que me ajudou a cuidar de meus filhos com tanta dedicação se fazendo presente em toda a minha ausência.

Ao meu pai, que sempre se fez tão presente, que hoje sou capaz de olhar para o céu e sentir seu afago e seu orgulho em saber que estava certo ao dizer: “filha você pode, você consegue!”.

À minha querida Tutora Dr.^a Regina Collares, por me transmitir tanto conhecimento na área de saúde pública e gestão, pela sua experiência, competência e capacidade de multiplicar conhecimentos, pela sua paciência com as minhas tantas dúvidas. Parabéns pelo trabalho maravilhoso e obrigada por me consentir usar suas produções estatísticas e da gestão local. Sem a sua ajuda, com certeza, eu não teria conseguido.

Aos colegas do Curso de Mestrado pela troca de experiências e vivências, que me ajudaram a amadurecer como ser humano.

A cada um dos professores do Mestrado que, com sua sabedoria e experiência proporcionaram, através de todo o conhecimento acumulado ao longo

de tantas leituras, tornar-me uma profissional mais comprometida com as questões sociais e humanas.

À minha orientadora Lenaura Lobato, por me tornar capaz de superar tantos “entraves” e me fazer acreditar que no fim acharia a “lógica do pensamento político e social”... Demorei, mas acho que encontrei. Valeu!

Aos amigos Francine e Leandro pela força e pelo incentivo durante todo o curso e em especial pelas leituras das minhas produções e pelas valiosas sugestões.

Aos amigos de trabalho pela paciência com que me “suportaram” durante todo esse período de insegurança e angústia, e quando eu dizia não vai dar tempo, não vou conseguir sempre estavam por perto para me dar aquela força e para me fazer acreditar no contrário.

Aos amigos Paula e Claudemir que tem o dom de partilhar todos os nossos momentos de alegrias e tristezas com a sinceridade que só os verdadeiros amigos sabem valorizar.

Às amigas Cássia e Ivone pelos momentos de descontração vividos durante a Pós de GMI, que foram uma perfeita válvula de escape para meu estresse. Valeu “Maravilhosas”!

À Ana Paula, pela presteza em me atender todas as vezes que eu chegava e dizia: “preciso deste gráfico, desta formatação, para ontem!”.

A todos que colaboraram com esta pesquisa, através das entrevistas, respondendo aos questionários e em especial à Enfermeira Ana pelos anos de dedicação ao PSF de Itaperuna, pela competência, brilhantismo e amor ao seu trabalho e pela força e ajuda em todos os momentos que precisei de você.

E saibam que: *“Saudade não quer dizer que estamos longe, mas sim que um dia estivemos juntos...”*.

A todos que estiveram junto comigo, em algum momento desta fase, tão preciosa da minha vida... a minha saudade e o meu muito obrigada!

SUMÁRIO

Lista de Quadros	9
Lista de Gráficos.....	13
Lista de Mapas	16
Lista de Siglas	17
Resumo	21
Abstracts.....	22
Apresentação	23
CAPÍTULO I – Atenção Básica e Programa de Saúde da Família – A Lógica do Novo Modelo da Atenção à Saúde	27
1) A Reforma Sanitária: Considerações Essenciais	27
2) A Constituição Federal de 1988 e as Diretrizes do Sistema Único de Saúde	33
3) A Gestão do Sistema de Saúde Atual	39
4) A Atenção Básica no Contexto do Sistema de Saúde Atual.....	43
4.1) Conceituando a Atenção Básica.....	44
4.2) Características da Atenção Básica.....	46
4.3) A Organização dos Serviços da APS	47
4.4) O Papel da SES e do Gestor Estadual na APS.....	48
4.5) Avaliação e Indicadores da Atenção Básica.....	50
5) O Programa Saúde da Família	58
5.1) Histórico da Formulação – PSF como Norteador da Atenção Básica	58
5.2) O Papel da Família na Estratégia do PSF	60
5.3) Princípios e Diretrizes do PSF	62
5.4) A Evolução da Implantação no Brasil	64
5.5) Financiamento do Programa	65
5.6) Habilitação.....	66
5.7) Responsabilidades	66

CAPÍTULO II – O Sistema de Saúde de Itaperuna.....	71
1) Caracterização Geral do Município	71
2) Indicadores Sociais e Principais Problemas.....	76
2.1) Índice de Desenvolvimento Humano – IDH.....	76
2.2) Educação	77
3) Sistema de Saúde Municipal	81
3.1) Características do Modelo de Gestão Municipal	82
3.2) Participação Social no Sistema de Saúde.....	91
3.3) A Estrutura do Sistema de Saúde e Caracterização da Rede Municipal.....	94
3.4) Programas e Serviços de Saúde Desenvolvidos.....	97
4) Diagnóstico Epidemiológico	100
4.1) Indicadores de Saúde.....	100
4.1.1) Dados de Mortalidade	100
4.1.2) Dados de Morbidade	109
5) Indicadores da Atenção Básica	117
CAPÍTULO III - A Avaliação do Programa de Saúde da Família de Itaperuna	123
1) Questões Metodológicas.....	123
1.1) Abordagem Metodológica.....	123
1.2) Sobre a Avaliação de Políticas Públicas	124
A – População	127
B – Procedimento de Coleta de Dados.....	127
C – Instrumentos de Investigação	128
D – Definição das Variáveis.....	129
2) Avaliando o Programa de Saúde da Família em Itaperuna	132
2.1) Aspectos Gerais e Políticos da Implantação	132
2.2) Processo de Ampliação do Programa de Saúde da Família	134
2.3) O Processo de Avaliação do PSF no Município	136
2.3.1) Estrutura Física, Equipamentos e Insumos	137
2.3.2) Recursos Humanos	138

2.3.3) Sistema de Informação.....	140
2.3.4) Composição das Equipes e Cobertura do PSF	140
2.3.5) Perfil das Famílias Atendidas	145
2.3.6) Processo de Trabalho das ESF.....	151
2.3.7) Desempenho do PSF em Relação aos Atendimentos/Procedimentos.....	155
Considerações Finais	168
Bibliografia.....	172
Anexos.....	177

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Relação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica 2005, para município segundo o número de habitantes e Estado.....	55
QUADRO 2. Série Histórica de Implantação do PSF/PACS – Estado do Rio de Janeiro – 1988 a 2003.....	65
QUADRO 3. Piso de Atenção Básica Ampliado – Itaperuna.	85
QUADRO 4. Recursos investidos no setor da saúde em Itaperuna.	85
QUADRO 5. Despesa Total com Saúde no período de 2000 a 2005 – Itaperuna.....	86
QUADRO 6. Rede Municipal de Saúde de Itaperuna.....	96
QUADRO 7. Coeficiente de Mortalidade Proporcional por Faixa Etária –Itaperuna	101
QUADRO 8. Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componentes – Itaperuna e Estado do Rio de Janeiro – 1996 a 2004	104
QUADRO 9. Coeficiente de Mortalidade Infantil de Menores de 5 anos – Itaperuna	106
QUADRO 10. Mortalidade por Grupo de Causas (%) – Itaperuna.	106
QUADRO 11. Principais Causas de óbito por faixa etária – Itaperuna – 1997 a 2004.	107
QUADRO 12. Cobertura vacinal em menores de 1 ano, segundo imunoprevenível, no período de 2001 a 2004, em Itaperuna.	109
QUADRO 13. Cobertura da vacina Tríplice Viral em crianças de 1 ano, segundo imunoprevenível, no período de 2001 a 2004, em Itaperuna.	109

QUADRO 14. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID em todas as faixas etárias, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.	110
QUADRO 15. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID em menores de 01 ano, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.	111
QUADRO 16. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 1 a 4 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.	111
QUADRO 17. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 5 a 9 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.	112
QUADRO 18. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 10 a 14 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.	113
QUADRO 19. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 15 a 19 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.	113
QUADRO 20. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 20 a 29 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.	114
QUADRO 21. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 30 a 39 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.	115
QUADRO 22. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 40 a 49 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.	115

QUADRO 23. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 50 a 59 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.	116
QUADRO 24. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária a partir de 60 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.	117
QUADRO 25. Série Histórica dos Indicadores do município de Itaperuna	118
QUADRO 26. Descrição sumária das variáveis a serem avaliadas.	130
QUADRO 27. Organograma de Implantação das ESF – Itaperuna.....	136
QUADRO 28. Carga horária semanal contrada/cumprida pelos profissionais do PSF – Município de Itaperuna, 2005	139
QUADRO 29. Equipes de saúde da família segundo o ano de implantação.	141
QUADRO 30. Cobertura da População de Itaperuna pelo PSF – 1997 a 2004.....	143
QUADRO 31. Recursos Humanos do PSF – Município de Itaperuna	144
QUADRO 32. Número de Famílias/Pessoas por Equipes de Saúde da Família – 2005	145
QUADRO 33. Atendimento Realizado pelas Equipes de Saúde da Família.....	156
QUADRO 34. Dados Cadastrais e de Atendimento das ESF, em 2005.....	156
QUADRO 35. Dados Cadastrais e de Atendimento das Equipes de Saúde da Família, em 2005.....	157
QUADRO 36. Dados Cadastrais e de Atendimento das Equipes de Saúde da Família, em 2005.....	159

QUADRO 37. Dados Cadastrais e de Atendimento Médico das Equipes de Saúde da Família, em 2005.....	161
QUADRO 38. Consultas e Visitas Domiciliares realizadas pelo médico, no período de uma semana, em 2006.....	163
QUADRO 39. atendimentos de Enfermagem e Visitas Domiciliares do ACS, no período de uma semana, em 2006.....	165

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Proporção de habitantes segundo a zona de moradia, em Itaperuna, no ano 2000.	72
GRÁFICO 2. Pirâmides Populacionais de Itaperuna, dos anos de 1980, 1991 e 2005.	73
GRÁFICO 3. Taxa de Crescimento demográfico no Município de Itaperuna – 2000 a 2004.	74
GRÁFICO 4. Distribuição percentual da população de Itaperuna segundo a cor, no ano 2000.	74
GRÁFICO 5. Distribuição percentual da população de Itaperuna segundo a religião, no ano 2000.	75
GRÁFICO 6. Evolução comparativa do IDH-M em Itaperuna, nos anos de 1970, 1980, 1991 e 2000.	77
GRÁFICO 7. Anos de estudo por população acima de 10 anos de idade – IBGE – Censo 2000.	79
GRÁFICO 8. Evolução do percentual da população analfabeta acima de 15 anos em Itaperuna.	80
GRÁFICO 9. Coeficiente de Mortalidade Geral em Itaperuna, por biênios – 1997 a 2004.	101
GRÁFICO 10. Curva de Mortalidade Proporcional de Itaperuna, por biênios – 1997 a 2004.	102
GRÁFICO 11. CMNNp – Itaperuna e Estado do Rio de Janeiro – 1996 a 2004.....	104
GRÁFICO 12. CMNN – Itaperuna e Estado do Rio de Janeiro – 1996 a 2004.....	104

GRÁFICO 13. CMI – Itaperuna e Estado do Rio de Janeiro – 1996 a 2004.....	105
GRÁFICO 14. CMI – Itaperuna e Estado do Rio de Janeiro – 1996 a 2004.....	105
GRÁFICO 15. CMM5 – Itaperuna – 1997 a 2004.....	106
GRÁFICO 16. Série Histórica – Implantação de Unidades de Saúde do PSF no Município de Itaperuna – 1997 – 2004	142
GRÁFICO 17. Cobertura da População de Itaperuna pelo PSF – 1997 a 2004	143
GRÁFICO 18. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF Percentual de Habitantes Segundo o Sexo.....	146
GRÁFICO 19. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF Percentual de Habitantes Segundo a Faixa Etária.....	146
GRÁFICO 20. Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF Percentual de Famílias Segundo o Tipo de Tratamento de Água no Domicílio	148
GRÁFICO 21. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF Percentual de Famílias Segundo o Tipo de Abastecimento de Água	148
GRÁFICO 22. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF Percentual de Famílias Segundo o Tipo de Casa	149
GRÁFICO 23. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF Percentual de Famílias Segundo o Tipo de Destino do Lixo.....	149
GRÁFICO 24. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF Percentual de Famílias Segundo o Tipo de Destino dos Dejetos.....	150
GRÁFICO 25. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF Percentual de Famílias Com Energia Elétrica	150

GRÁFICO 26. Número de visitas domiciliares / família / mês e Média de visitas domiciliares do ACS / mês, em 2005	159
GRÁFICO 27. Relação entre a população adscrita / número de famílias com o número de atendimentos de enfermagem, em 2005.....	160
GRÁFICO 28. Relação entre número de consultas / pop.adscrita, em 2005.....	162
GRÁFICO 29. Relação entre o número de consultas realizadas / preconizadas por USF, em 2005	163

LISTA DE MAPAS

MAPA 1. Regiões de Governo e Microrregiões Geográficas.....	71
MAPA 2. Regiões do Estado do Rio de Janeiro segundo a regionalização da saúde.....	89

LISTA DE SIGLAS

AB.....	Atenção Básica
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIH.....	Autorização de Internação Hospitalar
AIS.....	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAA/DAB.....	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação/Departamento de Atenção Básica
CAPS.....	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS/AD.....	Centro de Apoio Psicossocial aos dependentes de álcool e drogas
CEDAE	Companhia Estadual de Água e Esgoto
CEO.....	Centro de Especialidades Odontológicas
CF.....	Constituição Federal
CIB.....	Comissão Intergestores Bipartite
CISNOR.....	Consórcio Intermunicipal de Saúde no Noroeste Fluminense
CIT.....	Comissão Intergestores Tripartite
CMG	Coeficiente de Mortalidade Geral
CMIT	Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia
CMM5.....	Coeficiente de Mortalidade em Menores de Cinco Anos
CMNN.....	Coeficiente de Mortalidade Neonatal

CMNN-p..... Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce

CONASEMS..... Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

COSEMS-RJ Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

CPMF Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CTI..... Centro de Terapia Intensiva

DAB Departamento de Atenção Básica

DATASUS..... Departamento de Informática do SUS

DOU..... Diário Oficial da União

DST Doenças Sexualmente Transmissíveis

EC..... Emenda Constitucional

ECD Epidemiologia e Controle de Doenças

ESB Equipe de Saúde Bucal

ESF..... Equipe de Saúde da Família

FIOCRUZ..... Fundação Oswaldo Cruz

FMS Fundo Municipal de Saúde

HIV/AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HSJA Hospital São José do Avai

IBGE..... Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-M Índice de Desenvolvimento Humano - médio

IPEA Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

MS Ministério da Saúde

NEPP..... Núcleo de Estudos em Políticas Públicas

NOAS Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB..... Normas Operacionais Básicas

NSBC..... Núcleo de Saúde Bucal Coletiva

OMS Organização Mundial de Saúde

ONG Organização Não Governamental

PAB Piso de Atenção Básica

PABA..... Piso de Atenção Básica Ampliado

PACS..... Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN..... Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento

PIB..... Produto Interno Bruto

PNI..... Programa Nacional de Imunização

PPA Plano Plurianual

PPI..... Programação Pactuada Integrada

PPI-VS..... Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde

PSF..... Programa de Saúde da Família

RMP..... Razão de Mortalidade Proporcional

RS..... Reforma Sanitária

SES Secretaria Estadual de Saúde

SIA..... Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH..... Sistema de Informação Hospitalar

SIM Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SINDASA..... Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde

SIOPS..... Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde

SISVAN Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS..... Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCE/RJ..... Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

UBS Unidade Básica de Saúde

UERJ Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFF..... Universidade Federal Fluminense

UNICAMP Universidade de Campinas

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIG..... Universidade Iguaçu

USF Unidade de Saúde da Família

UTI..... Unidade de Terapia Intensiva

VD..... Visita Domiciliar

RESUMO

Esta dissertação analisa o Programa de Saúde da Família do município de Itaperuna, cidade do Noroeste do Estado do Rio de Janeiro. Sabe-se que o PSF representa a principal estratégia de intervenção para a viabilização da Atenção Básica e para a concretização do modelo de assistência à saúde centrada na prática de prevenção e valorização das ações de saúde com equipes multidisciplinares.

Itaperuna, apesar de ser um município de pequeno porte, representa a referência em saúde para a Região Noroeste do Estado, por ser o pólo universitário e de referência para média e alta complexidade.

O estudo busca analisar a implantação e as metas propostas pelo PSF e qual o seu papel na agenda de saúde local. Objetiva, assim, entender a sua repercussão na extensão das práticas assistenciais no primeiro nível de atenção, seu papel enquanto porta de entrada no sistema de saúde local, a qualidade e resolutividade da assistência, o fluxo de referência e contra-referência com os demais níveis de assistência e o impacto das ações nos indicadores da Atenção Básica.

A metodologia utilizada neste estudo baseia-se em uma análise qualitativa do programa, envolvendo entrevistas com atores ligados à gestão local, questionários de avaliação e consulta em banco de dados oficiais, como o SIAB, além da análise de Projetos e Planos de Saúde locais.

O PSF de Itaperuna foi implantado em 1997 e hoje conta com 16 UFS e uma cobertura de quase 50% da população. A cobertura no nível primário de assistência melhorou, assim como o acesso a este serviço, porém sem um resultado efetivo na referência e contra-referência. Observou-se ainda que o programa não realiza as ações de Saúde da Mulher e Saúde da Criança. Constatou-se também que o município continua com o perfil de valorização da alta complexidade e uma tendência negativa em relação aos Indicadores da Atenção Básica, o que reforça a necessidade de intervenções no setor.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família; Atenção Básica.

ABSTRACTS

This dissertation analyzes the Family Health Program (FHP) in Itaperuna, a city in the northwest of Rio de Janeiro state. It is known that FHP represents the main strategy of intervention to make Basic Attention possible, so that the model of health assistance centered in prevention and health actions with multidiscipline teams can come true.

Itaperuna, in spite of being a small town, represents the reference in health in the northwest region of Rio de Janeiro State, because it is a university town and also a reference for medium and high complexity.

This study tries to analyze in the implantation and goals proposed by FHP and what its role in the local health status is. This study aims, therefore, to understand it's repercussion in the extension of assistance practice in the first level of attention, it's role as a front door in the local health system, the quality of assistance, the flow of reference and counter-reference with the other levels of assistance and the impact of the actions in the Basic Attention indexes.

The methodology used in this study is based on a quality analysis of the program, involving interviews with actors connected to the local direction, evaluation quizzes and consults to official data bank, such as SIAB, other than the analysis of local health projects and plans.

The FHP in Itaperuna was implanted in 1997 and has nowadays 16 Family Health Units and it reaches almost 50% of the population. The coverage of assistance at primary level has improved, as well as the access to this service, without any affective result in reference and counter reference, however. It has also been observed that the program doesn't perform actions concerning Women's Health or Children's Health. What is more, the city still has the profile of valorization of high complexity and a negative tendency as far as Basic Attention Indexes are concerned, what reinforces the need for interventions in this field.

KEY-WORDS: Family health, basic attention.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo conhecer e analisar o Programa de Saúde da Família de Itaperuna, município de pequeno porte localizado no Noroeste do Estado do Rio de Janeiro. O PSF foi formulado pelo Ministério da Saúde em 1994, incorporando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, implantado anteriormente, cuja meta principal havia sido o desenvolvimento de ações no primeiro nível de atenção à saúde objetivando a redução da mortalidade materno-infantil. O PSF é tido como o principal instrumento para viabilizar a Atenção Básica e mudar a concepção curativa da assistência à saúde.

Atualmente o Programa de Saúde da Família representa a principal estratégia de viabilização da Atenção Básica. O programa é o principal instrumento de intervenção nas práticas de atenção à saúde, procedimento imprescindível para a mudança do perfil de assistência proposto pela nova Constituição que prevê a substituição do modelo curativo e hospitalocêntrico, com a cura da doença centrada no médico, por um modelo de prática de prevenção e valorização das ações de saúde com equipes multidisciplinares.

É nesse sentido que se buscou o entendimento de como o governo local passa a incluir e implementar o PSF dentro da Agenda de Saúde. Em especial, em um município como Itaperuna, que apesar de ser pólo de referência para média e alta complexidade, sede de uma Faculdade de Medicina e ter um hospital de referência para todas as especialidades médicas, incluindo procedimentos de alta complexidade, tem hoje um Índice de Mortalidade Infantil acima da média do Estado do Rio de Janeiro, o que reforça a necessidade rápida de intervenções em áreas básicas. A mortalidade infantil é um indicador direto não apenas das condições de saúde da mulher e da criança mas, também, das condições sócio-econômicas e sanitárias das comunidades. Portanto, este dado serviu de sinalizador para a necessidade de se avaliar a Atenção Básica do município, através da Estratégia Saúde da Família.

A metodologia de pesquisa utilizada neste estudo baseia-se numa análise qualitativa com um estudo empírico, com base nos questionários em anexo, além de entrevistas com atores locais envolvidos na gestão do sistema de saúde, na busca de resultados de produção do programa através de estatísticas do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, além da análise de Projetos e Planos de Saúde Municipal.

Baseado na literatura sobre a teoria de avaliação e pesquisa social (Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP) tomou-se por base para análise das variáveis pertinentes ao estudo várias fontes literárias, com ênfase para “Avaliação da Atenção Primária” de Bárbara Starfield, o “Manual de Implementação do Programa de Saúde da Família” do Ministério da Saúde (2002) e o “Manual de Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família” do Ministério da Saúde (2004). Com base nos critérios de avaliação utilizados nestes estudos, formularam-se os questionários de avaliação do PSF de Itaperuna.

Foram aplicados questionários em 5 das 16 USF do município, ao Coordenador Geral do PSF e aos profissionais das equipes. Também foram realizadas entrevistas com profissionais ligados à gestão do Sistema Municipal de Saúde.

No intuito de compor um quadro analítico eficaz, o trabalho apresentará algumas subdivisões, como exposto a seguir:

No primeiro capítulo serão abordados dados relativos às questões pertinentes à nova política pública de saúde, levando em consideração aspectos políticos, sociais e comunitários através de uma análise dos principais fatos relativos ao processo de Reforma Sanitária, à Atenção Básica e ao Programa de Saúde da Família. A Reforma Sanitária iniciada na década de 80 representou o marco no processo de mudanças do perfil de assistência à saúde. Os principais ideais da reforma foram descritos no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde e legalizados na Constituição Federal de 1988, que instituiu a “*Saúde como um direito de todos e dever do Estado*”. A partir da nova Constituição a assistência à saúde passa a garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, a descentralização da gestão, o controle social, entre outros, significando um acúmulo de capital social para o País (BRASIL, MS, 2004).

A nova gestão da saúde passa, então, a ser definida por Leis e Portarias que regularizam todas as questões referentes à assistência, sempre com um privilegiamento das ações do nível de menor complexidade. Portanto, apesar da grande maioria dos programas serem formulados e implementados pelo GOVERNO FEDERAL, a sua implantação e gestão estão a cargo dos Gestores Municipais, que decidem a forma como serão priorizados, de acordo com as necessidades locais. Vale ressaltar que apesar da autonomia gerencial, os protocolos exigidos pelo GOVERNO FEDERAL devem ser cumpridos para que haja controle e avaliação das ações.

No contexto atual considera-se que o município capaz de oferecer um conjunto mínimo de cuidados e ações no primeiro nível de atenção possa garantir resolutividade de 70 a 80% dos problemas e necessidades da população, que este tipo de assistência não depende de altos recursos financeiros, mas sim de recursos humanos capacitados para este tipo de abordagem e que o impacto sob a população assistida depende de uma gama de fatores, inclusive do porte do município. Exemplificando, um município que apresenta um sistema de saúde muito desestruturado apresentará um impacto maior com a implantação das ações de atenção básica do que outro que já ofereça este tipo de serviço e venha ampliar sua rede básica.

A atenção básica pode ser classificada como uma estratégia organizativa da atenção à saúde definida através de princípios que valorizam uma atenção generalista, acessível, integrada e continuada, centrada na comunidade, com trabalho multidisciplinar. Privilegia a promoção de saúde e prevenção de agravos e garante a continuidade das ações nos demais níveis de assistência, ou seja, deve representar, de forma eficiente, a porta de entrada no sistema público de saúde. A aplicabilidade prática deste modelo assistencial se faz através do Programa de Saúde da Família.

No capítulo seguinte será feita uma caracterização do Sistema de Saúde do município de Itaperuna, com uma caracterização geral do município, além de uma abordagem pertinente a todos os níveis de assistência à saúde.

O município de Itaperuna, localizado na região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro possuía uma população estimada de 92.181 habitantes em 2005, segundo IBGE, com 89% da população residente na área urbana.

O município está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, é sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste Fluminense – CISNOR, segundo o Plano de Regionalização da Assistência é referência para internações e procedimentos de média e alta complexidade.

Segundo análise dos Indicadores da Atenção Básica o município apresenta deficiências na sua rede de assistência básica, não acompanhando, ao longo do período de 2001 a 2005 a tendência esperada pelo Pacto da Atenção, sinalizando para a necessidade de incluir na Agenda de Saúde estratégias de intervenção neste nível de assistência.

Por último, no terceiro capítulo, serão abordadas as questões relativas ao PSF local, considerando dados relativos à sua implantação, expansão da cobertura, estrutura das unidades e processo de trabalho das equipes, além do impacto sobre os indicadores da atenção básica e as condições de saúde da população.

A análise do PSF de Itaperuna retrata a implantação, com suas características políticas, expansão das unidades, a cobertura populacional, os atendimentos realizados pelas equipes, a infra-estrutura das unidades, o processo de trabalho e as capacitações das equipes, o fluxo de referência e contra-referência, a gestão das equipes e o desempenho dos profissionais.

Pretende-se, assim, retratar a forma de abordagem atual do cuidado à saúde, através da prática dos princípios do SUS em um município do interior do Estado do Rio de Janeiro, com o intuito de proporcionar uma reflexão da maneira como a descentralização da gestão da saúde vem se encaminhando no decorrer dos anos, principalmente após a implantação da Estratégia Saúde da Família.

CAPÍTULO I

ATENÇÃO BÁSICA e PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Lógica do Novo Modelo da Atenção à Saúde

1) A REFORMA SANITÁRIA: CONSIDERAÇÕES ESSENCIAIS

A Conferência realizada em Alma Ata, em 1977, sob o tema “Saúde para Todos no Ano 2000”, teve um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária e, após o consenso lá definido obteve, em 1979, a sua confirmação pela Assembléia Mundial de Saúde, definindo a Atenção Primária à Saúde como: *“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias 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 do seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e auto determinação. 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 contínua à saúde”* (OMS, 1978).

Por outro lado, no Brasil, as últimas décadas foram marcadas por profundas mudanças nas políticas públicas do País, onde a organização da assistência, em vários setores da administração pública, passou a ter o Estado como principal provedor, com ênfase para o setor de saúde. É neste período que os princípios norteadores da atenção primária à saúde começam a tomar força e os movimentos em prol dessas mudanças começam a ter representatividade no contexto político do País. Desta forma, a compreensão da evolução das políticas de saúde no País é essencial para que se construa um raciocínio lógico da evolução das práticas assistenciais, que passa por uma mudança do modelo curativo para as práticas de

promoção e prevenção de agravos à saúde, baseado em seu conceito ampliado de saúde como qualidade de vida.

Entre essas décadas de mudanças, a década de 90 representou o marco das mudanças na gestão dos serviços de saúde. A partir do processo de descentralização e implantação do SUS o governo transferiu a reorganização e gestão dos serviços de saúde para os municípios, com ações centradas na Atenção Básica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família. As diretrizes básicas de implementação da atenção à saúde foram formuladas pelo GOVERNO FEDERAL, porém, passando por mudanças e adequações de acordo com cada realidade local, já que a gestão passou a ser centrada no município e o poder de decisão sobre a maioria dos programas e ações de saúde de responsabilidade do gestor municipal de saúde.

A adequação municipal dos programas e ações de saúde é importante e necessária devido à diversidade regional brasileira, tanto no seu aspecto geográfico quanto sócio-econômico e político. O reflexo direto dessa adequação é retratado na realidade atual, onde se encontra uma “miscelânea” de caracteres na gestão do sistema. As características locais influenciam de maneira direta a organização e a gestão dos sistemas de saúde com reflexo no tipo de assistência oferecida pela rede, no acesso aos serviços e na qualidade da assistência prestada. Portanto, tornou-se necessário um constante monitoramento na forma de organização da prestação dos serviços de saúde, com ênfase na forma que está sendo viabilizada a porta de entrada nesse serviço e qual o nível de atenção está sendo priorizado em cada município.

Para que seja possível a compreensão desse novo modelo de atenção, considera-se importante a análise das principais mudanças que começaram a ser praticadas e legalizadas a partir do processo Reforma Sanitária. A seguir, será traçado um breve histórico dos marcos mais importantes desse processo.

O processo de Reforma Sanitária – RS acontece paralelamente ao processo de mudança do cenário político do País, quando estão ascendendo os ideais de justiça e direitos sociais. Neste período, a lógica da economia de mercado passa a ser globalizada, com um mercado sem fronteiras, sem regulação e detentores do capital que provocaram um ajuste financeiro global. É também o período marcado por

importantes mudanças sócio-políticas e a consolidação da democracia. A queda da ditadura reafirma a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas e programas sociais que atendessem tanto ao enfrentamento da crise econômica quanto às necessidades da população.

Durante o período autoritário o País experimentou um crescimento na economia estimulada pelo Estado, via endividamento interno e externo. No setor saúde, houve uma expansão na oferta de serviços, principalmente no setor privado, que apresentou uma aceleração na expansão à custa de incentivos do Governo federal.

As décadas de 70 e 80 representam o período da crise financeira e administrativa no País. As mudanças na economia mundial, devido a crise do petróleo, provocam uma desaceleração das importações e do investimento internacional nas economias latino-americanas. No Brasil ocorre uma queda das exportações, piora da recessão financeira, aumento da dívida externa e da taxa de juros e inflação. A crise do setor público não afeta o setor privado, que mantém a margem de lucro, resultando num empobrecimento ainda maior do Estado, que é seu principal pagador. Neste contexto o regime militar, que tinha sua base de sustentação na economia perde forças, e a sociedade civil se fortalece, junto com os ideais de democracia (LOBATO, 2000).

A transição política da ditadura para a democracia tem como consequência imediata a perda do instrumento de dominação pelo Estado e a necessidade de se atender aos interesses das classes menos favorecidas, que seriam os eleitores da nova democracia. Neste período é clara a necessidade de se atender às reivindicações das classes não dominantes, como ocorreu no setor da saúde, onde os movimentos de RS começam a ganhar força e expressão política. Este cenário da arena política mostra o conflito de classes na busca por interesses específicos de cada grupo em questão.

O período que antecede a RS é marcado pela desigualdade de acesso aos serviços de saúde, pela fragmentação da assistência e pelo privilegiamento das ações curativas e hospitalares. As propostas de mudanças no setor ocorrem com o apoio da população em geral, além dos profissionais da saúde e de atores políticos locais. Os ideais são formalizados em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde

onde foram discutidos e estabelecidos os principais fundamentos do Sistema Único de Saúde – SUS e regulamentados na Constituição Federal de 1988 onde a saúde passa a ser um direito de todo cidadão brasileiro e um dever do Estado.

A Reforma Sanitária brasileira assumiu ideal semelhante ao do *Welfare State* (Estado de Bem Estar Social) instituído na Europa em décadas anteriores onde os Estados passaram a ser os principais provedores das políticas sociais. Assim, a Reforma Sanitária idealizou o desenvolvimento de práticas baseadas no princípio da integralidade das ações e no acesso universal e gratuito a todos os recursos tecnológicos e terapêuticos disponíveis para todo cidadão brasileiro. O Estado seria o principal regulador da provisão de infra-estrutura, além da implementação de programas e projetos e disponibilização de recursos financeiros. Os Estados e municípios assumiriam o papel de gerenciadores locais dos serviços de saúde, através da descentralização da gestão.

A partir dessa lógica de pensamento almejou-se o desenvolvimento de estratégias e práticas de políticas fortemente estatais, já que o planejamento e o financiamento seriam de responsabilidade do Estado. Porém este período foi também marcado pela crise fiscal, com as empresas estatais não conseguindo gerar recursos para a provisão de seus gastos, onerando muito o orçamento público. Outro problema relevante dizia respeito à ineficácia e ineficiência administrativa do poder público que não conseguia gerenciar a crise de maneira eficaz. A associação destes fatores resultou na incapacidade de se colocar em prática tais políticas públicas tão almejadas. A saída seria diminuir a responsabilidade sobre o desenvolvimento social e econômico através da produção de bens e serviços e do fortalecimento das funções de promotor e regulador dessas políticas. A crise financeira associada à lógica política do momento levou à decisão de privatizar várias empresas estatais.

Assim, torna-se clara a necessidade de viabilizar uma administração pública baseada na descentralização da decisão e a busca de um modelo de gestão mais flexível, levando em consideração a redução de gastos e melhoria na qualidade dos serviços. Passa a ser clara a necessidade de se desenvolver práticas que agreguem valores, considerando cada usuário do sistema de saúde como um cidadão de direitos garantidos.

Para o setor da saúde a reforma do Estado influenciou de maneira muito positiva no processo de gestão local. A descentralização viabilizou a adequação de práticas administrativas e gerenciais voltadas a cada realidade local, favorecendo o desenvolvimento de programas e ações capazes de intervir de maneira singular, de acordo com o diagnóstico de cada comunidade. Esta adequação torna-se necessária para mesclar os ajustes fiscais e financeiros às necessidades e cobranças por serviços de saúde resolutivos e eficazes. Torna-se possível a viabilização prática dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde adequando-os às necessidades sanitárias, culturais, sociais e econômicas de cada região, além de possibilitar a prática assistencial de acordo com o interesse político local.

A partir daí inicia-se o processo de mudança de todos os setores que prestam serviços de saúde, públicos e privados, com uma tendência à prática preventiva, com extensão da rede de atenção básica e com a busca de estratégias para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

A realidade atual mostra um sistema de saúde com características mescladas entre a prática curativa com as inovações preventivistas, ou seja, um sistema em transição, ainda imaturo em seu novo papel e composto por uma gama de serviços com a presença de profissionais contratados e concursados, serviços públicos e privados, além de contratos autônomos, fundações, cooperativas e consórcios intermunicipais de saúde. Vale ressaltar que toda a estrutura atual ainda necessita de uma gama de variáveis para se reestruturar e amadurecer. Tanto os profissionais que prestam assistência quanto à população atendida ainda trazem impregnados em seu capital cultural as práticas curativas desenvolvidas até então, sinalizando para a necessidade de uma mudança em todos os níveis, tanto administrativos quanto institucional e educacional, com a formação de profissionais capacitados para colocar em prática o novo modelo de cuidados com a saúde. A gestão pública em todas as esferas de governo visando a busca dessa nova estrutura, depreendeu esforços no sentido de investir na busca de alternativas viáveis que reafirmem as práticas de promoção de saúde e na manutenção de uma população saudável. Essas ações de governo, nas esferas municipal, estadual e federal acabaram por introduzir conceitos novos na gestão da saúde, sempre respeitando a essência desse novo conceito.

A descentralização e a municipalização da rede assistencial foram legalizadas pela Constituição Federal de 1988, com as Leis nº. 8.080 e nº. 8.142 de 1990 e através das Normas Operacionais Básicas do SUS, de 1991, 1993 e 1996.

A partir deste processo de descentralização ocorrem novas modalidades de contratação e gestão de pessoal, além da privatização de serviços de saúde e contratação de serviços especializados. Esta nova forma de gerenciamento é acompanhada da criação de novos instrumentos de controle e avaliação dos serviços prestados, do investimento e financiamento do setor, que deveriam ser controlados por gestores, profissionais e prestadores de serviço de saúde em parceria com a comunidade, ou seja, tornando real o controle social, o que, na prática, não ocorre como previsto.

Nesse período de transição do modelo assistencial aumenta a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde, favorecendo o incremento do setor de seguro-saúde. A população com maior poder aquisitivo aumenta o investimento nesse setor através da contratação de planos privados de assistência à saúde. Conseqüentemente, a rede privada conveniada ao SUS passa a privilegiar o usuário do seguro-saúde dificultando ainda mais o acesso do usuário do SUS, gerando um maior tempo de espera e uma piora na qualidade dos serviços prestados, principalmente de baixa e média complexidade. Assim, as novas propostas impostas pela política de saúde vigente de universalidade, equidade e integralidade tornam-se ainda mais impraticáveis.

Portanto, faz-se urgente a busca de soluções e a reestruturação da gestão dos serviços de saúde no sentido de tornar real a nova política do setor. Mas em que sentido ocorrem essas mudanças? A seguir serão abordados aspectos pertinentes às políticas governamentais que tornaram possível a viabilização destas mudanças na esfera da assistência à saúde.

2) A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E AS DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Assembléia Nacional Constituinte iniciou em 1987 os debates sobre as propostas encaminhadas pela Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente acerca das decisões sobre as novas diretrizes para a assistência à saúde, contidas no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. A Constituição Federal traz uma nova concepção de saúde, superando a visão simplista de ausência de doença, em seu artigo 196 que diz: *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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”* (art. 196, CF 1988).

Outro artigo constitucional importante é o 198 que diz que: *“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade” (art. 198, CF 1988).

Portanto, a legalização da assistência à saúde passa a garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde, a descentralização da gestão, o controle social, entre outros, significando um acúmulo de capital social para o País (Brasil, MS, 2004). A década de 90 é, então, marcada pelas grandes transformações do sistema público de saúde no País, com a criação do SUS que passou a garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como um direito constitucional (Viana, 2002). A partir daí inicia-se nova fase do setor onde as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e seu atendimento um dever do Estado. A assistência médico-sanitária passa a ter caráter integral e universal, com garantia de acesso a todo cidadão brasileiro, e tendo como uma das

características mais importantes a descentralização da administração pública da saúde, sinalizando para o início de uma gestão voltada para cada realidade local. Em relação ao custeio das ações e serviços de saúde os recursos são de responsabilidade da União, Estados e municípios. Entretanto, apesar de todas as leis e de todos os programas assistenciais do novo modelo, ainda temos um sistema de saúde com fortes tendências do modelo anterior, ou seja, a lógica principal ainda é fortemente centrada no tratamento de doenças, e as práticas permanecem longe da perspectiva da integralidade, permanecendo separadas, ou mal gerenciadas, as ações de promoção, prevenção e cura.

A concretização do SUS ocorre a partir de 1990 com a criação da Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata do processo de descentralização, das competências das três esferas de governo e da organização e funcionamento dos serviços para a garantia da promoção, proteção e recuperação da saúde; e da Lei Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que define a participação comunitária na gestão do SUS e os mecanismos de transferência de recursos financeiros às demais instâncias de gerência, estabelecendo a provisão de remessas regulares e automáticas do Governo federal. Esta lei instituiu também os Conselhos de Saúde que, *“em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”* (BRASIL/CF, 1988).

Diversas portarias ministeriais são criadas para regulamentar as atribuições de cada nível de governo e os critérios e mecanismos de transferência de recursos federais de custeio da assistência para Estados e municípios. Dentre elas, destacam-se as Normas Operacionais Básicas do SUS, de 1991, 1992, 1993 e 1996 que tratam da operacionalização do sistema e da relação entre os administradores. A questão da transferência de recursos é muito importante porque, apesar do decréscimo do custeio de fonte federal na década de 80 para 90, este continua sendo a principal fonte de recursos, representando cerca de 54% em 1998, segundo dados obtidos no Sistema de Informação Orçamento Público em Saúde – SIOPS.

O artigo 35 da Lei 8.080 definiu a forma de repasse direto e automático de recursos do Fundo Nacional aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, sendo 50% por critérios populacionais e 50% segundo o perfil epidemiológico e populacional, a capacidade instalada, a complexidade da rede de serviços e a contrapartida financeira. Este artigo foi modificado a partir da NOB-91 que tratava do pagamento por faturamento apresentado e a NOB-92 que redefinia critérios para aplicação de recursos, estipulando incentivos financeiros aos municípios que cumprissem pontos fundamentais para a implantação do SUS, como a gestão municipalizada de unidades federais e estaduais, Conselho Municipal de Saúde funcionando e desenvolvimento de técnicas de gestão como, por exemplo, sistemas de informação e vigilância epidemiológica. A partir da NOB-91 Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, segundo os mesmos critérios e valores, estabelecidos em tabelas nacionais, para pagamento dos prestadores privados, ficando assim o pagamento vinculado à quantidade de procedimentos executados, independente da qualidade e do resultado. Esta forma de financiamento privilegiava procedimentos médico-assistenciais de maior custo em detrimento às ações de prevenção e promoção da saúde.

A NOB-93 normatiza resoluções definidas na IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992. Faz referência específica à descentralização político-administrativa das ações e serviços de saúde estabelecendo padrões de gestão do sistema – incipiente, parcial e semiplena, de acordo com o grau de autonomia local para dispor de recursos. Além disso, cria as Comissões Intergestores Bipartite, a nível estadual, formadas paritariamente por dirigentes da secretaria estadual de saúde e o órgão de representação dos secretários municipais de saúde do Estado, *“sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS (...) cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual”*. A Comissão Intergestores Tripartite, na esfera federal, também de caráter paritário, com representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS e *“tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde”*.

A NOB-96 redefine o financiamento e os dois níveis de gestão municipal: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal. A nível estadual também são definidos dois níveis: gestão avançada e gestão plena do sistema estadual. Em todos os níveis de gestão existem transferências automáticas de recursos, além da previsão de recursos do orçamento estadual e municipal e apesar de ter sido editada em 1996, no final de 1997 ainda não havia sido implementada.

A partir daí passa a ser definido um valor *per capita* destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica que deverão ser realizados de acordo com a agenda de saúde local é repassado regular e automaticamente do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde. Este custeio refere-se às ações da assistência ambulatorial básica, ou Piso de Atenção Básica – PAB. Com a finalidade de incentivar os municípios a expandir os programas de atenção à saúde no nível primário de atendimento o governo cria um incentivo que será acrescido ao PAB, dito parte variável ou PAB variável, que será repassado a partir da implantação do PACS e PSF e será pago de acordo com o número de equipes atuantes.

Outro repasse relativo a procedimentos de média complexidade também seriam repassados fundo a fundo, desde que o Estado tenha uma programação ambulatorial, que seria parte do processo de Programação Pactuada Integrada – PPI prevista por essa NOB e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite. O repasse custeia os procedimentos realizados em residentes no município e pelos procedimentos a ele referenciados.

Nessa fase, os procedimentos de alta complexidade continuam a ser pagos por produção de serviços, porém com um controle individualizado como ocorre com a AIH.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002) surgem para suprir a necessidade de garantir o acesso a todos os níveis de assistência, mesmo para os municípios de menor porte. Assim, surge o princípio da regionalização da assistência que objetiva aumentar a equidade, buscando a organização de sistemas de saúde que envolva todos os níveis de atenção, mesmo que extrapolem os limites do território municipal. A lógica político-administrativa

assegura a indivisibilidade dos territórios municipais com a organização da assistência definida a partir da divisão por microrregiões, ou seja, cada microrregião é definida de acordo com a possibilidade de resolução dos problemas a ela inerente, independente do número de municípios definidos. A NOAS prevê as seguintes definições: noção de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas – o território é definido pela assistência prestada e não pela área geográfica; capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço e controle e avaliação.

A NOAS aborda estratégias que visam contribuir para o processo de regionalização em saúde, como o objetivo principal de promover a descentralização com equidade no acesso através da elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção articulados e resolutivos nos diversos níveis. Este plano define as regiões/microrregiões segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e acessibilidade; define os principais problemas de saúde e as prioridades de intervenção, define os módulos assistenciais com os pólos de referência para apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, garantindo suporte às ações da atenção básica, define e regula os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade (FIOCRUZ, 1998).

Outra estratégia seria o fortalecimento das capacidades gestoras consolidando o caráter público da gestão do sistema, através da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções de planejamento e programação, regulação, controle e avaliação.

Esta norma atualizou os critérios e o processo de habilitação de Estados e municípios às condições de gestão do SUS, em conformidade com o conjunto de mudanças propostas. No final de 2001 99% dos municípios estavam habilitados na gestão do SUS, sendo que 89,06 em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,14% em Gestão Plena do Sistema Municipal.

Segundo Mendes (1996), o Governo federal tem sido o principal financiador do sistema público de saúde, tendo sido responsável por 75% do gasto total no período de 1980 a 1993. A dificuldade de manter este ônus levou o governo a buscar novas fontes de financiamento da saúde como, por exemplo, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, em 1997 com recursos destinados à saúde e previdência. No período de 1995 a 2002 ocorre um aumento percentual com os gastos do setor, com ênfase para o crescimento de recursos aplicados nas ações de atenção básica (Viana, 2002).

Em 2002, finalmente consegue-se uma alteração importante na forma de financiamento do sistema de saúde através da aprovação da Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000. A EC 29 determina regras para o financiamento das ações de saúde, com bases permanentes e co-responsabilidade das três esferas de governo. O valor mínimo vinculado passa a ser definido, de acordo com o ano, conforme exposto, segundo análise dos dados constantes no DOU de 14.09.2000:

Altera os artigos 24, 25, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Artigo 77 do Ato das Disposições Transitórias (Até o exercício financeiro de 2004)

União:

- 15% no mínimo em PAB por critério populacional, nos municípios.
- 2000: montante empenhado em 1999 + 5% (no mínimo);
- 2001 a 2004: valor apurado ano anterior corrigido variação nominal PIB;

Estados e Distrito Federal:

- 12% produto arrecadação dos impostos (art. 155, 157 e 159) – transferências municipais;
- < 12% : elevação gradual 1/5 por ano; 7% a partir de 2000 (pelo menos)

Municípios:

- 15% produto arrecadação dos impostos (art. 156, 158 e 159);
- <15%: elevação gradual 1/5 por ano; 7% a partir de 2000 (pelo menos).

Todos os pontos do processo de mudança na assistência analisados até aqui retratam uma evolução das concepções de abordagem da saúde com base nos direitos de cidadania, universalização do acesso e equidade na assistência. Porém, sabe-se que na prática o novo sistema ainda apresenta muitos problemas, mantendo-se ainda hegemônico em vários aspectos fundamentais. Citam-se como principais aqueles relacionados à falta de recursos, dificuldade de acesso aos serviços essenciais e desigualdade de acesso à assistência de maior complexidade, onde o usuário do SUS tem que competir com a clientela coberta por seguros de saúde privados e com a prática clientelista, ainda presente no serviço público, favorecendo interesses individuais.

Diante desse cenário o governo buscou uma estratégia que mudasse essa lógica da assistência, tornando os princípios do SUS reais na prática. A gestão deveria então priorizar as ações do nível primário de assistência, buscando traçar um diagnóstico local e implementando estratégias de atenção que melhorassem as condições de saúde e que atendessem à lógica imposta pelos arranjos constitucionais, inclusive com sistemas de informações que permitissem a análise e divulgação dos serviços desenvolvidos e a mensuração de seu impacto sobre os níveis de saúde. Hoje, em todo o Brasil é esperado que todos os municípios, independente de sua localização geográfica, população e habilitação no sistema de gestão possam colocar em prática uma agenda de saúde com a máxima priorização da atenção básica.

3) A GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE ATUAL

A reforma do Sistema de Saúde trouxe profundas mudanças nos processos de gestão, principalmente com a descentralização da organização das ações de saúde, como relatado anteriormente, e com o privilegiamento da Atenção Primária à Saúde, tendo como principal estratégia operacional o Programa de Saúde da Família.

A NOB/SUS nº. 96 dita as normas e o papel dos gestores a partir da descentralização do sistema de saúde, devendo o gestor organizar sua agenda de saúde, priorizando a assistência em todos os níveis de atenção, de acordo com a necessidade local, lembrando da necessidade de privilegiar a Atenção Básica. Daí o dilema: “atender a demanda ou programar a oferta”, este é o ponto chave da organização da agenda da saúde. Essa dificuldade é a realidade de todos os dirigentes municipais, que se vêem diante de uma situação onde não sabe se atende às necessidades que cada indivíduo, buscando soluções para suas queixas, ou utiliza os escassos recursos na resolução de problemas prioritários que afetam a população como um todo?

O planejamento das ações de saúde deve considerar que o atendimento individual é importante porque alivia a dor e o sofrimento e permite a detecção mais precoce de problemas que poderiam agravar as condições individuais de saúde, porém este tipo de assistência não é suficiente para intervir sobre o processo saúde doença. O atendimento restrito à demanda espontânea gera altos custos em relação à sua efetividade. Um exemplo clássico são os serviços de pronto atendimento com baixa resolutividade que geram um grande número de atendimentos com pouquíssima resolução dos problemas que geraram tais consultas. Essa situação levou o governo a buscar estratégias que modificassem a estrutura do atendimento, o que foi viabilizado através da criação de programas de saúde, com a programação da oferta de serviços baseada no enfoque epidemiológico local.

Portanto, pode-se concluir que os municípios devem organizar os seus serviços de modo a cumprir, simultaneamente, as duas funções, ou seja, atender à demanda espontânea para a resolução de problemas individuais específicos e programar a oferta de ações para sanar os problemas mais importantes da coletividade. Aqui é importante salientar que as duas funções completam-se, devendo trazer o equilíbrio das práticas assistenciais.

Atualmente todas as análises pertinentes às ações de saúde fazem alusão ao modelo assistencial em questão, inclusive “culpando o modelo” por todas as falhas ocorridas nos processos. É importante lembrar que não existe um modelo certo ou errado, velho ou atual, existem, sim, modelos adequados ou não à realidade social e

sanitária onde estão inseridos e ao qual buscam transformar. Portanto, os modelos assistenciais são construções históricas e sociais, que trazem em si as dimensões sócio-econômica e científico-cultural que irão determinar o seu impacto em uma determinada sociedade (FIOCRUZ, 1998).

Cada modelo criado na literatura terá sua aplicabilidade alterada de acordo com o momento e o local de sua utilização. No Brasil pode-se considerar que os modelos de atenção desenvolvidos a nível nacional serão utilizados de maneira distinta e até contraditória, dependendo da região, já que o País apresenta uma diversidade geográfica, social, cultural e política muito grande. Se levar essa lógica de pensamento para o PSF pode concluir que apesar de ser um programa com diretrizes gerais nacionais é importante que seja implantado de acordo com cada realidade local, pois, desta forma, poderá alcançar seus objetivos.

Considera-se que o município capaz de oferecer um conjunto mínimo de cuidados e ações no primeiro nível de atenção possa garantir a resolutividade de 70 a 80% dos problemas e necessidades de saúde de sua população. A garantia de uma assistência adequada a nível primário não depende de altos investimentos financeiros, porém é fundamental que se tenha recursos humanos quantitativa e qualitativamente adequados, fluxos definidos e um sistema de controle e avaliação capazes de garantir o acompanhamento da pactuação das metas de cada gestão local.

Apesar de a Constituição Federal trazer como norma o caráter universal e integral das ações de saúde, a descentralização da gestão conferiu ao dirigente municipal o poder de decisão sobre a agenda de saúde, de acordo com os interesses locais e pessoais. Para que não houvesse uma dissolução das normas constitucionais com a perda dos objetivos traçados, foram criados instrumentos de priorização e estabelecidas metas de gestão. Este gerenciamento é muito complexo de ser praticado, porque dependendo da comunidade as prioridades impostas podem não ser relevantes naquele momento, ao contrário, se deixar a priorização à cargo da pressão de demanda exercida pela comunidade também há o risco de se perder o controle das ações essenciais para a prática sanitária, já que a pressão de demanda é, quase sempre, norteadada por problemas agudos e individuais.

Portanto, a gestão do sistema de saúde atual deve preservar o conjunto de conhecimentos técnicos e normativos disponíveis assim como ter a capacidade de colocá-los em prática de acordo com o contexto social ao qual está inserido. Ressalta-se desta forma, a necessidade da gestão atual ser composta por técnicos capacitados e habilitados para o gerenciamento das questões teóricas, mescladas com a realidade prática. Teoricamente, não é aceitável a nomeação de um gestor por indicação política, como sempre foi praticado. Atualmente, este deve ser um cargo técnico, que exige profissional altamente capacitado para o desenvolvimento de um gerenciamento local embasado tanto em abordagens do território quanto da estrutura social.

A organização dessa gestão deve ser definida através do Plano de Saúde Municipal que traça o perfil do município, além das prioridades, metas, estratégias e prazos de realização para as ações de saúde, de acordo com as propostas orçamentárias. O Plano de Saúde tem o papel de promover a articulação política da gestão da saúde local. O Relatório de Gestão é um instrumento de acompanhamento da programação e metas alcançadas sendo analisado pela auditoria e pelo Conselho de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde deve ser desenvolvido com bases nos princípios constitucionais de territorialização que será a base para definições da área de abrangência dos serviços, perfil demográfico e sócio-econômico da população atendida e o conjunto de equipamentos, profissionais e instalações existentes. Além disso, as estratégias devem levar em conta o equilíbrio entre a demanda espontânea ou presumida e a oferta dos serviços necessária para o alcance das metas e objetivos propostos para um determinado período.

Todas as ações de saúde desenvolvidas a nível municipal devem ser fiscalizadas pelo Conselho Municipal de Saúde que é formado por representantes do governo, instituições que prestam serviços ao SUS, profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde.

O financiamento das ações de saúde é regulamentado pela CF através das leis e emendas constitucionais, como abordado anteriormente nesse mesmo capítulo.

Todo o sistema de saúde atual segue uma lógica de gestão centrada na descentralização municipal e no privilegiamento das ações de saúde no nível básico. A seguir será feita uma abordagem desse modelo de atenção à saúde baseado no cuidado primário e com suas ações praticadas através da estratégia Saúde da Família.

4) A ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE ATUAL

A Atenção Básica – AB ou Atenção Primária à Saúde – APS vem sendo colocada como uma tendência dos sistemas de saúde de todo o mundo, devido às várias evidências de representar uma prática de baixo custo, com maior satisfação dos usuários e que alcança melhores indicadores de saúde, mesmo em situações de grande iniquidade social (STARFIELD, 2002).

As crescentes iniquidades sociais e de saúde em grande parte do mundo fizeram com que a Organização Mundial de Saúde adotasse um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde. Conhecida como a Carta de Lubliana, ela propõe que os sistemas de atenção à saúde deveriam ser:

- Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- Direcionados para a proteção e promoção da saúde;
- Centrados nas pessoas, permitindo que cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- Focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- Baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e

- Direcionados para a atenção primária (STARFIELD, 2002).

No Brasil, esta prática começou a ser valorizada na segunda metade da década de 90, conforme relato do MS: *“após vários anos privilegiando a atenção hospitalar e a busca de instrumentos orçamentários e mecanismos financeiros que viabilizassem o pagamento de serviços prestados por hospitais contratados pelo SUS, a Atenção Básica passou a ser área de concentração de esforços, programas, investimentos, com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita”* (BRASIL/ MS, 2002).

4.1) Conceituando a Atenção Básica

Segundo Starfield, a APS pode ser classificada como uma estratégia organizativa da atenção à saúde, definida pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem proporcionar, como: atenção generalizada, não restrita a grupos de idade, gênero ou problemas de saúde; atenção acessível, integrada e continuada; trabalho em equipe; atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; atenção orientada à família e à comunidade; atenção coordenada incluindo o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção; e apoio constante aos usuários nos aspectos relacionados à saúde e bem-estar.

A autora considera ainda que *“a APS é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (...) É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde”* (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o tema foi considerado, na década de 80, como um programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde. Esta interpretação fez com que o tema fosse afastado da discussão na época e hoje, apesar da

“superioridade conceitual da versão da Atenção Primária como estratégia de reformulação de todo o sistema de saúde” (MENDES, 1996), ainda existe uma idéia de medicina de pobre, devido ao fato de, por interesses de diversos segmentos do setor, ainda se privilegiar a medicina de especialidades e procedimentos de alta complexidade. Estamos ainda caminhando na mudança conceitual de saúde e qualidade de vida.

Atualmente, as Secretarias Estaduais de Saúde consideram que: *“Atenção Primária à Saúde é o conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais essas equipes assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orientam-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade ao sistema, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A APS deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável”* (CONASS, 2001).

Segundo MENDES, o PSF é a estratégia da APS de maior abrangência em todos os municípios brasileiros. O programa ainda apresenta pouca sustentabilidade endógena, sendo fortemente dependente de estímulos externos apontando para a necessidade de o governo investir no estímulo à ampliação da cobertura, com a expansão do número de equipes e da cobertura populacional para a concretização da conversão do modelo tradicional para o modelo do PSF (MENDES, 2002).

É esperado que o município que implementar uma estratégia que pratique os princípios da APS tenha uma resolutividade em torno de 80% da demanda dos serviços de saúde de uma comunidade e encaminhe apenas de 5 a 20% dos casos para serviços de referência (CONASS, 2001).

Na prática, ainda observa-se percentuais abaixo daqueles citados no parágrafo anterior. Isto ocorre porque muitas equipes ainda são muito despreparadas e sem infra-estrutura adequada, tratando problemas comumente encontrados na

assistência primária como situações banais, não lhes dando a devida importância. Ao contrário, estes problemas comuns, por exemplo, a hipertensão arterial e o diabetes, podem exigir das equipes uma grande habilidade clínica, estabelecimento de vínculo de confiança e co-responsabilidade tanto individual quanto coletiva na comunidade assistida, para que se tenha um controle adequado de cada situação de risco à saúde.

4.2) Características da Atenção Básica

Segundo Starfield podemos considerar quatro características como próprias da Atenção Primária: o primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência e a coordenação da atenção.

O **primeiro contato** refere-se à facilidade de acesso aos serviços de saúde, como é preconizado pelo PSF através da territorialização ou adscrição da clientela.

A **longitudinalidade** diz respeito ao vínculo na relação entre usuário e profissionais de saúde e à continuidade da oferta regular de serviços. No PSF o trabalho em tempo integral é um fator facilitador para a vinculação do usuário ao serviço. Porém, sabe-se que existem fatores que interferem de maneira negativa neste vínculo, como o grande percentual de profissionais que não cumprem a carga horária integral, a alta rotatividade dos profissionais, principalmente os médicos. Os profissionais tentam justificar estes pontos negativos atribuindo-os à falta de estabilidade no emprego pela ausência de um contrato regular de trabalho, a baixa remuneração e a falta de especialização, já que muitos profissionais têm o PSF como um emprego temporário, servindo como uma fonte de renda durante o período em que estão definindo sua situação profissional.

A **abrangência** envolve a capacidade do serviço em oferecer aquilo que foi planejado, ou seja, as ações programadas de acordo com a necessidade daquela população e sua capacidade resolutiva. Os profissionais devem equilibrar a resolutividade entre a clínica individual e as ações coletivas de caráter preventivo e

promocional como condição *sine qua non* para o resultado esperado (CONASS, 2001).

A **coordenação da atenção** é a capacidade do serviço de garantir a referência a outros níveis de atenção e a garantia de continuidade da assistência necessária em todo o sistema local de saúde.

A partir destas características próprias pontuam-se três aspectos adicionais e “essenciais”: a centralização na família que deve ser tratada como espaço singular do reconhecimento individual dos seus problemas de saúde; a competência cultural em que os membros da equipe devem ser capazes de respeitar as peculiaridades culturais, sociais étnicas e raciais, dentre outras; e a orientação comunitária em que cada necessidade deve ser reconhecida dentro do contexto social local (STARFIELD, 2002). As Agentes Comunitárias de Saúde têm papel fundamental como facilitadoras da superação de barreiras na integração entre a equipe e a comunidade, principalmente nos aspectos relativos à competência cultural e orientação comunitária.

Vale ressaltar que as condições sócio-econômicas e culturais têm influência direta na viabilização da assistência a nível primário. Em regiões onde não existe infra-estrutura adequada e com alto grau de pobreza a dificuldade está em toda a assistência, já que não é possível atingir bons níveis de saúde sem alimentação, saneamento, educação, etc. Já em regiões mais desenvolvidas o principal obstáculo à APS está na cultura e na prática da atenção especializada, hospitalar e de alta complexidade. No Brasil podemos encontrar estes dois extremos, de acordo com a região analisada.

4.3) A Organização dos Serviços da APS

A organização dos serviços básicos de saúde é muito complexa porque a descentralização da gestão proporcionou autonomia aos municípios para organizar sua agenda de saúde de acordo com suas necessidades e prioridades próprias. Porém, apesar da autonomia gerencial, o município não pode deixar de cumprir as

normas, protocolos e programas estabelecidos pelos níveis estadual e federal da administração pública. Assim, é lógica a necessidade de uma adequação local dos modelos nacionais preconizados.

O Brasil tem o PSF como estratégia norteadora da APS e vem investindo na sua ampliação, desde sua implantação, sempre com a lógica deste programa como a base para a prática real do SUS. Apesar da estratégia de Saúde da Família desenvolvida no Brasil ter bases em experiências de outros países, como por exemplo, Cuba, traz alguns aspectos bastante particulares, se comparados a outros países, como a territorialização com adscrição da clientela que facilita a atenção com foco na família e reduz a possibilidade de escolha do serviço pelo usuário. Em países europeus e no Canadá a vinculação da clientela ao médico ou equipe de saúde é feita pelo usuário, que faz sua escolha sem base territorial, fato este que dificulta o trabalho focado na família. O trabalho em equipe não é desenvolvido em todos os países que adotam a APS. O agente comunitário de saúde também não faz parte da equipe de outros países. Apesar do trabalho em equipe ser fundamentado no programa ainda é comum a prática de trabalho realizada por um agregado de profissionais num mesmo espaço físico, ou seja, muitas equipes não tem incorporado o trabalho conjunto, desenvolvendo tarefas individuais e assim comprometendo a resolutividade dos serviços.

4.4) O Papel da SES e do Gestor Estadual na APS

A organização e a operacionalização da atenção primária são da responsabilidade do gestor municipal, porém competem à esfera estadual as macrofunções. Em julho de 2003 os Secretários Estaduais de Saúde das 27 Unidades da Federação reuniram-se no Seminário do Conselho Nacional dos secretários de Saúde, realizado em Sergipe e traçaram as estratégias operacionais abaixo sintetizadas:

- Formulação política – definir as áreas prioritárias para a implantação da atenção básica, apoiar a consolidação do PSF, criar instrumentos de

compromisso dos gestores com a APS e o PSF, e comprometer a CIB na discussão da APS.

- Cooperação Técnica – desenvolver instrumentos de gestão e troca de experiências entre municípios, Estados e países.
- Planejamento programação – inserir a APS no planejamento e programação nos níveis de gestão centrais e regionais.
- Co-financiamento – criar incentivos estaduais específicos para o PSF, vinculados ao desempenho e melhoria dos indicadores.
- Desenvolvimento de recursos humanos – criar/ampliar vagas de residência financiadas com recursos estaduais para PSF e priorizar temas da atenção básica nos pólos de educação permanente.
- Monitoramento e avaliação – realizar trabalho de monitoramento e avaliação em todos os pontos relativos à atenção básica, gerar relatórios a partir do banco de dados e divulgar os resultados encontrados em cada município (CONASS, 2003).

Os dados alimentados no sistema de informação deveriam servir de base para tomada de decisão nas questões da saúde. Porém, é sabido que o grande volume de informações acumuladas nos sistemas nacionais de informações ainda não é disponibilizado de maneira adequada e fácil de ser utilizada pelos gestores que também não possuem a cultura incorporada de se tomar decisão a partir da avaliação e análise crítica das informações em saúde. Assim, a prática mostra uma falta de comprometimento com as informações dadas, por parte de quem informa e um descaso com os relatórios emitidos por parte de quem deveria utilizá-los como instrumento de gestão. Isso pode ser comprovado quando se analisam dados como, por exemplo, os indicadores da atenção básica que deveriam ter uma série histórica favorável à medida que o PSF fosse ampliado, o que ainda não ocorre em muitos municípios. A CIB deveria ter uma participação mais efetiva no acompanhamento e na avaliação de desempenho dos indicadores da APS no Estado, porém as equipes não têm capacidade técnica para esta função. Sendo assim, a CIB limita-se a

cumprir a burocracia de aprovação da implantação de novas equipes ou de autorização para suspensão e descredenciamento de ESF e aprovação do Pacto da Atenção Básica.

4.5) Avaliação e Indicadores da Atenção Básica

O conceito de avaliação é muito amplo e relativo, sendo de consenso de muitos autores a seguinte definição: *“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”* (CONTRANDRIÓPOLIS et al., 1997).

A avaliação é muito importante na implementação de projetos e programas porque serve de base para confirmar subsídio para intervenção nos processos em curso. Quando realizada no início de um programa serve de base para pontuar problemas ocorridos durante seu desenvolvimento e quando no final focaliza os efeitos e impactos.

A avaliação pode ter várias abordagens e uma diversidade de fatores a serem analisados, de acordo com o contexto ao qual está inserido, como descrito por Hartz: *“A diversidade existente no campo da avaliação reflete, por um lado, o estágio incipiente do desenvolvimento da avaliação enquanto disciplina científica e a natureza e abrangência do campo da avaliação que comporta uma multiplicidade de possibilidades de recorte do real”* (HARTZ, 2005).

O sistema de saúde tem como objetivo principal a melhoria das condições de saúde da população. No entanto, sabe-se que este é um processo muito complexo já que a assistência é apenas um dos fatores que determinam o processo saúde-doença. O desafio então seria desenvolver métodos de avaliação de qualidade, eficiência e equidade, já que esses são fatores ligados aos princípios do SUS. No Brasil, todas as formas de avaliação devem levar em conta o contexto social, político e econômico, além do perfil epidemiológico da comunidade a ser avaliada, para, a

partir daí desenvolver um conjunto mínimo de indicadores de monitoramento, controle e avaliação.

Os processos de avaliação dos sistemas de saúde são de longo prazo e permanentes, proporcionando mudanças contínuas e sucessivas (CONASS, 2001).

Alguns termos utilizados nos processos avaliativos devem ser definidos para que não sejam utilizados como sinônimos: medir significa determinar ou quantificar a extensão de algo, avaliar significa atribuir um valor à informação, dando um juízo do objeto avaliado. A estimativa tem um caráter de aproximação, não sendo tão precisa quanto a avaliação. O segmento ou monitoramento também difere da avaliação, sendo considerado um processo analítico que, mediante um conjunto de atividades permite registrar, compilar, medir processar e analisar uma série de informações que revelam o curso ou desenvolvimento de uma atividade programada. Representa um exame contínuo de determinado processo que objetiva assegurar o prazo de cumprimento de determinada tarefa, além do alcance dos objetivos. Assim, o monitoramento contribui para a avaliação, porém esta pode acontecer sem monitoramento (CONASS, 2001).

A avaliação dos serviços de saúde é muito complexa, exigindo um investimento cuidadoso e a construção de uma série de consensos. Deve sempre ser pensada com o objetivo de auxiliar no processo decisório e comprometer-se com a busca de soluções para ampliar a equidade e efetividade dos serviços de saúde, reforçando a institucionalização do SUS. As considerações a seguir tomam por base o documento de Avaliação da Atenção Básica desenvolvido pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do MS.

A avaliação em saúde tem como *“propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação das ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população”* (CAA/DAB, 2005).

Assim, ela servirá para mensurar a qualidade da atenção prestada e orientar os gestores para o planejamento de suas ações, devendo ter seus métodos difundidos e utilizados por profissionais dos três níveis de governo.

Segundo o MS a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Nota-se, portanto a importância do Governo federal em reforçar seu caráter normativo, pedagógico e orientador das práticas, e o Brasil, através do MS vem participando de movimentos internacionais na busca desta institucionalização, junto com outros países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França.

Nessa lógica de pensamento o MS busca vincular a avaliação dos serviços de saúde a uma política avaliativa no âmbito do SUS, através da política de monitoramento e avaliação da atenção básica, envolvendo vários atores em sua formulação e definindo de forma clara as suas responsabilidades, além da forma como será financiado.

A missão da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica é estruturar e implementar os processos de avaliação da AB para que seja possível monitorar a estrutura, os processos e os resultados das ações e serviços da atenção básica, através da utilização sistemática dos sistemas de informação em saúde e de instrumentos que permitam a realização de avaliações normativas, principalmente aquelas relativas à estratégia saúde da família.

É de sua competência desenvolver metodologias de avaliação para implantação de um sistema de avaliação da atenção básica; identificar aspectos relevantes da AB a serem monitorados, com ênfase no PSF; gerenciar o SIAB e realizar análises levando em consideração o perfil epidemiológico da população e a oferta de serviços de AB, nos municípios, em todo País; implantar mecanismos de divulgação de informações, de forma ágil e precisa, para utilização pelos gestores estaduais e municipais na reorientação das ações em saúde; construir capacidade técnica e política nas três instâncias de governo que possibilite a análise de dados e tomada de decisões; induzir processos de articulação intra e intersetorial visando a

institucionalização do monitoramento e avaliação da AB; fomentar e dinamizar estratégias de pactuação de metas e indicadores da AB nas três instâncias de gestão do SUS; desenvolver pesquisas avaliativas da atenção básica a partir dos problemas identificados e articular instituições formadoras e Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família, para formação de multiplicadores em avaliação.

Os processos de avaliação a serem desenvolvidos são norteados pelos princípios do SUS e pelas diretrizes do PSF, e vem buscando o fortalecimento e a institucionalização das Secretarias Estaduais de Saúde, sendo que nos últimos três anos foram definidas as bases de sustentação técnico-científica, política e financeira, representadas por: (i) parcerias com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais, bem com associações profissionais de reconhecido prestígio político e acadêmico; (ii) mobilização de atores institucionais por intermédio de processos amplamente participativos, que buscaram não apenas o estabelecimento de alianças no desenvolvimento de projetos, mas que permitiram, sobretudo, a adesão e incorporação de propostas de forma mais coerente com as múltiplas necessidades dos sistemas de saúde; (iii) identificação de fontes de financiamento e garantia de recursos orçamentários para os projetos; (iv) definição de estratégias organizacionais para a qualificação de profissionais no campo da avaliação (CAA/DAB, 2005).

As políticas de avaliação da AB foram construídas através de oficinas de trabalho da CAA/DAB e sistematizadas pelo MS, podendo ser sintetizadas da seguinte forma:

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre as práticas e os processos desenvolvidos no setor, dependente do contexto avaliado, devendo ser aplicada de acordo com a negociação entre os atores sociais envolvidos que devem ser co-responsáveis pelo resultado obtido. É também um processo influenciado pelas relações de poder, portanto o responsável pela avaliação deve garantir a participação democrática dos envolvidos. A avaliação é um importante instrumento de gestão e suas atividades devem ser partilhadas entre os avaliadores, gestores e profissionais das equipes de saúde. Deve ser tratado como um processo em

constante movimento, de caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, devendo ser de responsabilidade das três esferas de governo e todas devem trabalhar no sentido de retirar dessa prática o enfoque burocrático e punitivo. Devem ainda ser levadas em consideração as adaptações regionais e locais para que não se perca o verdadeiro valor do objeto avaliado.(IBIDEM)

É sabido que as ações da atenção básica envolvem um amplo conjunto de ações que devem concretizar os princípios do SUS e as diretrizes do PSF. Portanto, o objeto de avaliação deve ser definido a partir de bases e critérios que permitam mensurar o impacto das ações de saúde sobre o nível de saúde da população.

O modelo lógico da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica é composto por: (i) monitoramento e avaliação; (ii) desenvolvimento da capacidade avaliativa; (iii) articulação sistemática e integração das ações; (iv) cooperação técnica e articulação interinstitucional; (v) indução e gestão de estudos e pesquisas e (vi) produção de informação e comunicação. A partir dessas ações será possível apoiar o processo de tomada de decisão para gestão do SUS nos diversos níveis, prestar contas à sociedade e produzir conhecimentos (CAA/DAB, 2005).

Ao levar a avaliação das ações e serviços de saúde para o campo sócio-político é possível “prestar contas” do resultado do gerenciamento dos gestores locais a partir da análise de seus processos e resultados.

Portanto, as avaliações das políticas públicas são importantes instrumentos de planejamento e gestão, revelando caminhos para inovações no campo assistencial, servindo de base para o processo de tomada de decisão e intervenção e assumindo importante papel no contexto democrático de crescente responsabilização do gestor e de maior participação e controle social.

O MS, através da portaria nº. 21/GM de 5 de janeiro de 2005, aprova a relação dos Indicadores da Atenção Básica a serem pactuados com Estados e municípios. O pacto de Indicadores de Atenção Básica constitui um instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes ao nível primário. É base para negociação de metas para melhoria dos serviços e das condições de saúde da população, tendo como referencial legal a NOAS-SUS

01/2002 e a PPI-VS 2004. Os indicadores são importantes para avaliar o impacto das ações da estratégia Saúde da Família nas comunidades assistidas servindo de base para reorganização dos serviços. Assim, o gestor municipal terá maior capacidade de reorganizar a estrutura e as ações da rede local melhorando a qualidade da assistência e as condições de acesso ao serviço de saúde. O quadro a seguir traz a relação desses indicadores para os municípios segundo o número de habitantes e Estado.

QUADRO 1. Relação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica 2005, para município segundo o número de habitantes e Estado.

INDICADORES PRINCIPAIS	MUNICÍPIO COM MENOS DE 80 MIL HABITANTES	MUNICÍPIO COM 80 MIL OU MAIS HABITANTES	ESTADO
SAÚDE DA CRIANÇA			
INDICADORES PRINCIPAIS			
Número absoluto de óbitos em menores de 1 ano de idade	x	-	-
Taxa de Mortalidade Infantil	x	x	x
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	x	x	x
Proporção de óbitos em menores de 1 ano de idade por causas mal definidas	x	x	x
Taxa de internações por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade	x	x	x
Homogeneidade da cobertura vacinal por tetra valente em menores de 1 ano de idade	-	-	x
INDICADORES COMPLEMENTARES			
Número absoluto de óbitos neonatais	x	-	-
Taxa de Mortalidade Neonatal	x	x	x
SAÚDE DA MULHER			
INDICADORES PRINCIPAIS			
Taxa de Mortalidade Materna	-	x	x
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	x	x	x
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	-	x	x
INDICADORES PRINCIPAIS	MUNICÍPIO COM MENOS DE 80 MIL HABITANTES	MUNICÍPIO COM 80 MIL OU MAIS HABITANTES	ESTADO

INDICADORES PRINCIPAIS	MUNICÍPIO COM MENOS DE 80 MIL HABITANTES	MUNICÍPIO COM 80 MIL OU MAIS HABITANTES	ESTADO
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	x	x	x
INDICADORES COMPLEMENTARES			
Taxa de Mortalidade de Mulheres por Câncer de Colo do Útero	x	x	x
Taxa de Mortalidade de Mulheres por Câncer de Mama	x	x	x
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	x	x	x
CONTROLE DA HIPERTENSÃO			
INDICADORES PRINCIPAIS			
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	x	x	x
Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares	x	x	x
INDICADOR COMPLEMENTAR			
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	x	x	x
CONTROLE DO DIABETES MELLITU			
INDICADOR PRINCIPAL			
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus	x	x	x
INDICADOR COMPLEMENTAR			
Proporção de internações por diabetes mellitus	x	x	x
CONTROLE DA TUBERCULOSE			
INDICADOR PRINCIPAL			
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	x	x	x
INDICADORES COMPLEMENTARES			
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	x	x	x
Taxa de mortalidade por tuberculose	x	x	x
ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE			
INDICADORES PRINCIPAIS			
Proporção de abandono de tratamento de hanseníase	x	x	x
Taxa de detecção de casos novos de hanseníase	x	x	x
INDICADORES COMPLEMENTARES			
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados	x	x	x
Taxa de prevalência da hanseníase	x	x	x

INDICADORES PRINCIPAIS	MUNICÍPIO COM MENOS DE 80 MIL HABITANTES	MUNICÍPIO COM 80 MIL OU MAIS HABITANTES	ESTADO
Proporção do grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico	x	x	x
SAÚDE BUCAL			
INDICADORES PRINCIPAIS			
Cobertura de primeira consulta odontológica	x	x	x
Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	x	x	x
INDICADOR COMPLEMENTAR			
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais	x	x	x
GERAIS			
INDICADORES PRINCIPAIS			
Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família (PSF)	x	x	x
Média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas	x	x	x
INDICADOR COMPLEMENTAR			
Média mensal de visitas domiciliares por família	x	x	x

A estruturação da rede de atendimento básico vem sendo um desafio para municípios do País inteiro, mostrando como é difícil coordenar o incremento das ações primárias com os demais setores do atendimento público de saúde e, além disso, manter seu equilíbrio com as demandas de média e alta complexidade. Cada vez mais se tornam necessários o fortalecimento da rede básica de serviços e a mudança do modelo assistencial que trará, a médio prazo, um impacto positivo na oferta e na qualidade dos serviços.

O acompanhamento, a avaliação e controle das ações básicas são importantes para reforçar a necessidade, cada vez maior, de recursos humanos em saúde com capacitação técnica cada vez mais adequada, tanto na gestão quanto na assistência direta à saúde. Isto será possível através da mudança nos modelos educacionais tanto a nível governamental quanto nas instituições de ensino.

5) O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

5.1) Histórico da Formulação – PSF como Norteador da Atenção Básica

A pobreza e a desigualdade social e regional do País têm um reflexo direto no acesso aos serviços de saúde. Isso tem um impacto direto na qualidade e expectativa de vida dos cidadãos. A necessidade de mudanças para intervenção neste processo visando a melhoria na qualidade e no acesso aos serviços de saúde era clara. É sabido que a década de 80 foi marcada por transformações que iniciaram com o processo de Reforma Sanitária e se concretizaram na Constituição Federal de 1988, com o SUS – Sistema Único de Saúde. A partir daí, a Atenção Básica passou a ser priorizada e otimizada com o Programa de Saúde da Família.

O Programa de Saúde da Família – PSF é uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde em 1994, incorporando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, este datando de 1991. A meta principal seria o desenvolvimento de ações no primeiro nível de assistência, buscando ampliar as ações da atenção básica e reorganizar o cuidado com a saúde, segundo a lógica do SUS. A prioridade para sua implantação seriam as áreas de maior vulnerabilidade social, baseados no Mapa da Fome do IPEA (1993), priorizando as regiões Norte e Nordeste.

Baseado em experiências estaduais e regionais bem sucedidas, como o PACS desenvolvido no Ceará, desde 1987, com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil e o Programa Médico de Família de Niterói – RJ, este, por sua vez, inspirado em experiência semelhante desenvolvida em Cuba. Portanto, o PSF veio como um instrumento para viabilizar e reforçar a necessidade de se colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, legalizados na Constituição Federal de 1988, servindo de modelo substitutivo da rede básica tradicional e porta de entrada no sistema público de saúde.

Atualmente o Programa de Saúde da Família é o principal instrumento de viabilização da Atenção Básica. Financiado pela parte variável do Piso de Atenção Básica – PAB, o PSF vem se mostrando um importante instrumento de intervenção

nas práticas de atenção à saúde, procedimento imprescindível para a mudança do perfil de assistência proposto pela nova Constituição (VIANA & DAL POZ, 1998). O novo modelo de atenção à saúde busca a mudança do modelo curativo e hospitalocêntrico, com a cura da doença centrada no médico, por um modelo de prática de prevenção e valorização das ações de saúde com equipes multidisciplinares (BRASIL/ MS, 1997; 1998; 2001).

Segundo o Ministério da Saúde o PSF seria o eixo articulador do sistema público de saúde e norteador da descentralização político-administrativa e da organização e expansão da atenção básica, privilegiando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL/ MS, 2001).

O PSF tem como objetivo a reorientação da rede de assistência do SUS, baseados na territorialização, devendo ser implementado de acordo com as necessidades de cada município, com ênfase na gestão local. Os profissionais devem trabalhar com uma nova lógica de abordagem que favoreça o fortalecimento de vínculos entre a equipe e a comunidade assistida, além da sua co-responsabilização no controle social.

A reorganização dessa prática assistencial é feita através da reestruturação das unidades básicas de saúde, com equipes multiprofissionais e ações centradas na família, inserida no seu contexto físico e social, buscando a compreensão do processo saúde-doença e o desenvolvimento de práticas que vão além da cura de doenças, mas buscando a valorização de práticas preventivas e educativas.

Assim, ao contrário de outras práticas até então desenvolvidas o PSF busca prestar um atendimento humanizado e de qualidade a uma população dentro de um território definido. Portanto, vem reafirmar os princípios do SUS através dos princípios da universalização, descentralização, integralidade das ações e participação comunitária.

A estratégia do PSF vem fortalecendo a necessidade de mudanças no campo teórico de estudos na área da saúde com a necessidade de reestruturação do ensino, dos métodos de gestão e das formas de financiamento do sistema de saúde.

A forma como o programa é desenvolvido hoje, na grande parte dos municípios brasileiros as suas concepções, sinalizando para a necessidade de mudanças e superação de problemas para a otimização de uma prática realmente fundamentada em seus princípios, como será pontuado a seguir:

- Readequação físico-estrutural das unidades de atendimento;
- Qualificação dos profissionais de saúde através de mudanças nos currículos das Faculdades, na especialização e na Educação Permanente;
- Reavaliação do arcabouço jurídico-legal que tem dificultado a expansão e qualificação da estratégia, colaborando com a precarização das relações trabalhistas;
- Necessidade de criação de mecanismos que auxiliem na busca de soluções para a diminuição das desigualdades regionais, sociais e econômicas;
- Necessidade de flexibilizar a composição das equipes para melhorar a prática multidisciplinar;
- Reestruturar as formas de financiamento, monitoramento, controle e avaliação do PSF.

5.2) O Papel da Família na Estratégia do PSF

Para que se entenda melhor a lógica dessa estratégia é necessário que se repense alguns conceitos básicos sobre Família. O que se entende por família? *“(...) família é a unidade social básica por excelência, conformada por um grupo de pessoas unidas por laços consangüíneos, geográficos e/ou sociais que compartilham um palco comum de vida”* (BRASIL/MS, 2004).

A partir daí constata-se que a família constitui um papel primordial na vida de cada indivíduo, que deve deixar de ser visto como individual, devendo ser considerado como parte de uma unidade com características e valores sociais,

econômicos e afetivos próprios e inerentes a cada contexto no qual se encontra inserido.

Sabe-se que o papel da família na saúde é inquestionável já que influencia de maneira direta nos hábitos alimentares, estilo de vida, condutas sociais, além de representar o nicho sócio-sanitário e cultural do indivíduo. Para entender o processo saúde-doença e traçar metas de intervenção e abordagem familiar é necessário o reconhecimento das condições intrínsecas de cada família, em cada comunidade, para pontuar as influências positivas e negativas durante todo o ciclo vital. Portanto, a estrutura e a dinâmica familiar são responsáveis pela construção dos valores e princípios sociais, educacionais, políticos, econômicos de cada membro, o que reflete de maneira direta e indireta nas condições de saúde de cada indivíduo.

É de consenso internacional a importância da família como unidade básica da sociedade e a necessidade de seu fortalecimento através da criação de políticas públicas favoráveis à promoção da saúde em todas as fases da vida para que seja concretizado o conceito ampliado de saúde como qualidade de vida, como foi pactuado na Declaração do México, em 2000 (OPS,2003).

O período anterior ao processo de Reforma Sanitária tinha no sistema tradicional de saúde todas as suas ações e serviços voltados para a prática da cura de doenças em cada indivíduo através do modelo hospitalocêntrico e do tratamento centrado na figura de médico, considerado detentor do conhecimento. A partir da implantação do SUS as práticas começaram a sofrer transformações e atualmente busca-se o desenvolvimento de estratégias de intervenção para promoção de saúde, prevenção de agravos à saúde e terapêutica multidisciplinar na cura de enfermidades do indivíduo inserido em seu meio social e familiar. Todo esse processo é muito complexo e se encontra num momento de transição entre os dois modelos, havendo necessidade de interação entre ambos para que se obtenha um resultado satisfatório no controle e cura das enfermidades e melhoria da qualidade de vida. Além disso, é fundamental que o governo assuma o compromisso de adotar medidas efetivas e legais que garantam o financiamento do programa. Este momento deve ser marcado por um processo de constante aprendizado, tanto para

gestores, profissionais de saúde e de ensino, quanto para o cidadão brasileiro, sempre com aumento da valorização do cuidado primário.

Já que a família tem papel primordial e determinante nos processos de saúde-doença torna-se claro a necessidade de sua inserção e responsabilização nos processos de intervenção em todos os níveis de assistência. O Governo federal estabeleceu diretrizes para o alcance de suas metas através da territorialização, considerando cada comunidade em seu nicho próprio; integralização das intervenções em saúde; resolutividade do sistema; garantia de continuidade das ações implementadas; criação e fortalecimento de vínculos de confiança entre a comunidade e os membros da equipe; estímulo e garantia do direito à participação da comunidade e controle social. Experiências de práticas semelhantes ao PSF desenvolvidas em outros países, como Cuba, Canadá e Chile mostram resultados positivos, o que reforça a necessidade de expansão e investimento no programa.

5.3) Princípios e Diretrizes do PSF

O Governo federal estabeleceu os princípios e diretrizes do programa. Cada município, ao implantar a estratégia do PSF deverá ter o cuidado de fazer o diagnóstico local de cada comunidade e adequar às normas preconizadas pelo MS a cada realidade local, porém, sem deixar de cumprir seus critérios básicos:

- **Vigilância à saúde:** o processo de trabalho é baseado nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde e intervenção sobre os riscos sanitários, ambientais e individuais, de modo a garantir melhores níveis de saúde e de qualidade de vida para todo aquele que o utiliza.
- **Caráter substitutivo:** o programa utiliza unidades de saúde já existentes, exceto nos locais onde ainda não UBS, com substituição ou adequação dos profissionais formando a ESF que passa a substituir as práticas convencionais de assistência por um processo de trabalho baseado no conceito de promoção da saúde.

- **Integralidade e hierarquização:** as USF estão inseridas no primeiro nível do sistema municipal de saúde (atenção básica), sendo, portanto, a porta de entrada no sistema. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma a garantir atenção integral, assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis, inclusive os de maior complexidade tecnológica, garantindo a resolutividade na assistência à saúde de toda a população a ela vinculada.
- **Territorialização e adscrição da clientela:** trabalha com micro áreas de abrangência definida, por meio do cadastramento e do acompanhamento de um número determinado de famílias para cada equipe. Cada Equipe de Saúde da Família - ESF acompanha de 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 pessoas por equipe. Cada agente comunitário de saúde acompanha até o máximo de 150 famílias ou 450 pessoas.
- **Equipe multiprofissional:** composta por, no mínimo, 1 médico generalista ou de família, 1 enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (BRASIL/ MS, 2001).

Hoje, algumas equipes contam com Saúde Bucal, com dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene bucal. Outros profissionais também podem integrar a equipe, como, por exemplo, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo, de acordo com a necessidade e disponibilidade local.

As ESF devem conhecer a realidade das famílias adscritas em seu território, através do cadastramento e do mapeamento da área de abrangência. A partir destes dados será traçado o diagnóstico social, demográfico e epidemiológico da comunidade. Este diagnóstico servirá de base para identificação dos principais problemas de saúde prevalentes e a situação de risco a qual a população está exposta. Tudo isto servirá para que a ESF, juntamente com a comunidade, elabore um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, com o desenvolvimento de estratégias e ações de intervenção para melhoria da qualidade de vida da comunidade. Vale ressaltar que a integração ESF/comunidade favorece a criação de vínculo e fortalece os laços de co-responsabilidade pela saúde de cada indivíduo e de cada família.

É de responsabilidade de cada ESF prestar assistência integral, de forma efetiva e racionalizada, não da demanda que procura atendimento na unidade, mas através do planejamento e organização do fluxo de assistência, atendendo à demanda organizada, de acordo com a prioridade de atenção, e espontânea, que ainda necessita de atendimento imediato, independente de qualquer diagnóstico prévio. O atendimento deverá acontecer, de forma sistematizada, na USF, na comunidade e no domicílio, inclusive garantindo os mecanismos de referência e contra-referência para os demais níveis de serviços, para garantir a resolutividade dos problemas de cada indivíduo vinculado ao programa. A educação continuada deve fazer parte do trabalho de cada equipe, que deve ter seus profissionais capacitados pelos Pólos de Capacitação do Ministério da Saúde.

5.4) A Evolução da Implantação no Brasil

Até o ano de 2001 o PSF havia sido implantado em 70,2% dos municípios brasileiros. Sua implantação iniciou em municípios de menor porte, expandindo a seguir para aqueles de maior porte. Vale ressaltar que desde o início de sua implantação o programa vem ampliando a sua cobertura, de forma gradativa, em todo o País, com variações em cada região. Um dado importante a ser pensado seria de este aumento na cobertura populacional tem refletido numa real afirmação e prática dos princípios do SUS, com impacto positivo em relação à melhoria da qualidade de vida do cidadão brasileiro.

Em relação à cobertura populacional vale ressaltar o fato de os pequenos municípios apresentarem um grande percentual de cobertura populacional com a implantação de um número reduzido de unidades, e mostrando uma melhoria da assistência à saúde, principalmente porque muitos municípios não ofereciam assistência organizada à população que, assim, passa a ser incluída e ter acesso ao serviço público de saúde. Esta realidade não é a mesma nos grandes centros, onde é necessário um esforço maior na organização da atenção básica, já que possuem uma rede de saúde já estruturada segundo a lógica do atendimento curativo e com práticas centradas no médico (BRASIL/ MS, 2001). Neste caso seria necessária uma mudança cultural, tanto da população quanto dos profissionais de saúde para que

possam se beneficiar da assistência da equipe multidisciplinar e do médico generalista, sem que sintam a sensação de prejuízo, da “falsa perda” da medicina especializada e de alta complexidade.

No Estado do Rio de Janeiro a série histórica de implantação do PSF/PACS no período de 1998 a 2003, foi o seguinte:

QUADRO 2. Série Histórica de Implantação do PSF/PACS – Estado do Rio de Janeiro – 1988 a 2003.

ANO BASE	MUNICÍPIOS COM CONVÊNIO	EXISTENTES		ESTIMATIVA DE COBERTURA POPULACIONAL %	POPULAÇÃO BENEFICIADA
		ESF	ACS		
1998	80	89	1.669	2,38	300.005
1999	70	113	1.260	3,03	395.461
2000	87	401	3.338	10,74	1.384.031
2001	90	707	5.471	16,75	2.438.556
2002	90	788	5.902	18,67	2.717.938
2003	90	1.835	11.718	21,46	3.159.872

5.5) Financiamento do Programa

O PSF é financiado com recursos das três esferas de governo. Os recursos federais são transferidos através de repasse automático, fundo a fundo, sob a forma de incentivo financeiro do PAB. O valor do incentivo varia de acordo com a cobertura populacional.

O monitoramento e avaliação das atividades do PSF são feito através do SIAB que deve alimentar os seguintes dados obrigatórios: cadastro das ESF e cadastro das famílias acompanhadas pelas ESF.

Se, no período de um ano, os dados não forem alimentados por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados, o programa é suspenso do cadastro. Da mesma forma, se dados obrigatórios de cadastro para municípios habilitados no PAB deixarem de ser alimentados, haverá uma suspensão indireta do repasse de verbas do PSF, já que esta é parte variável do PAB.

5.6) Habilitação

A gestão da atenção básica faz parte da agenda municipal de saúde, portanto, cada município deve implantar o PSF de acordo com a sua necessidade e interesse local.

A partir da decisão de implantação o município deve solicitar à Secretaria Estadual de Saúde a sua adesão, devendo ter como pré requisito as seguintes condições:

- Estar habilitado em alguma forma de gestão segundo a NOB/SUS 01/96.
- Apresentar ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde com a aprovação da implantação do programa.

5.7) Responsabilidades

O PSF é desenvolvido em todo o País e tem sua normatização definida pelas três esferas de governo, cada uma com suas competências, com definido no Manual técnico *“Programa de Saúde da Família”*, elaborado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, em 2001, como listado a seguir:

Ao Ministério da Saúde, no âmbito do PSF cabe:

- Contribuir com a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia Programa de Saúde da Família pelos municípios.
- Estabelecer normas e diretrizes para a implantação do programa.

- Garantir fontes de recursos para compor o financiamento tripartite do programa.
- Definir mecanismos para a locação de recursos federais para implantação e manutenção das Unidades de Saúde da Família, segundo os princípios de SUS.
- Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos federais para o programa.
- Negociar com a Comissão Intergestora Tripartite – CIT os requisitos específicos e prerrogativas para a implantação/implementação da estratégia Saúde da família.
- Regulamentar e regular o cadastramento das ESF no SIA/SUS.
- Prestar assessoria técnica aos Estados e municípios para o processo de implantação e gerenciamento do programa.
- Promover articulação entre instituições de ensino superior e as instituições de serviço de capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de saúde da família.
- Assessorar os Pólos de Capacitação, educação e formação permanente para ESF no que se refere à elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações.
- Articular com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e/ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de pós-graduação *latu sensu*.
- Disponibilizar o SIAB como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas USF.
- Assessorar Estados e municípios na implantação do Sistema de Informações.
- Consolidar e analisar os dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informação e divulgar os resultados.
- Controlar o cumprimento, pelos Estados e municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação.
- Identificar os recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações das USF.
- Promover articulações com outras instâncias da esfera federal a fim de garantir a consolidação da estratégia.

- Contribuir para a criação de uma rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção de conhecimento em saúde da família.
- Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado.

À Secretaria Estadual de Saúde, no âmbito do PSF cabe:

- Contribuir com a expansão do novo modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia nos municípios;
- Estabelecer, junto com a instância nacional, as normas e diretrizes do programa;
- Definir estratégias de implantação/implementação do programa;
- Garantir fontes de recursos estaduais para compor o financiamento tripartite do programa;
- Definir mecanismos de alocação de recursos que compõem o teto financeiro do Estado para a implantação e manutenção do programa;
- Definir prioridades para alocação da parcela de recursos estaduais para o programa;
- Pactuar com o conselho Estadual de Saúde e com a Comissão Intergestores Bipartite os requisitos específicos para a implantação do programa;
- Cadastrar as USF no SIA/SUS;
- Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, monitoramento e gerenciamento de programa;
- Promover articulação com as instituições de ensino para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e/ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação *latu sensu*;
- Assessorar os municípios para implantação do SIAB enquanto instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas USF;
- Consolidar e analisar os dados de interesse estadual gerados pelo sistema de informação e alimentar o banco nacional de dados;
- Controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação;

- Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e dos impactos das ações das USF;
- Participar da rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção de conhecimento em saúde da família;
- Promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua abrangência;
- Promover articulação com outras instâncias da esfera estadual, a fim de garantir a consolidação da estratégia saúde da família;
- Identificar e viabilizar parcerias com organizações internacionais de apoio, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado para fortalecimento do programa do âmbito do Estado.

Ao Município, no âmbito do PSF cabe:

- Adequar as UBS para possibilitar resolutividade da assistência prestada, garantindo a sua relação com os níveis de maior complexidade do sistema;
- Manter o custeio da unidade de saúde;
- Valorizar a família e seu espaço social como núcleo privilegiado de atenção do serviço de saúde;
- Contratar e remunerar os profissionais de compõem a ESF;
- Garantir a educação permanente para os profissionais envolvidos;
- Contribuir para a organização da comunidade para o efetivo exercício da participação e do controle social.

Nota-se, desta forma, que o final do século XX foi marcado por diferentes propostas e efetivas realizações no âmbito da perspectiva governamental voltada à saúde no Brasil. Ora incentivado por pressões populares, ora pressionado por organismos internacionais o governo brasileiro parece ter se motivado a concretizar propostas que dessem suporte efetivo à melhoria da qualidade e do acesso aos serviços públicos de saúde para toda a população, principalmente, às classes historicamente menos favorecidas. Apesar disso, reavaliar propostas e caminhos seguidos nas últimas décadas é contribuir com a efetiva continuidade e, além disso, concretizar a constante melhoria do atendimento e do acesso à saúde para todo cidadão brasileiro. Urge, deste modo, perceber a implementação do PSF no interior

do Brasil. Surge, então, a proposta de historicizar e avaliar o PSF no município de Itaperuna, noroeste fluminense, e proporcionar uma reflexão de uma parcela ou fragmento da forma como a descentralização da gestão da saúde no Brasil vem se encaminhando em fins do século XX e início do século XXI.

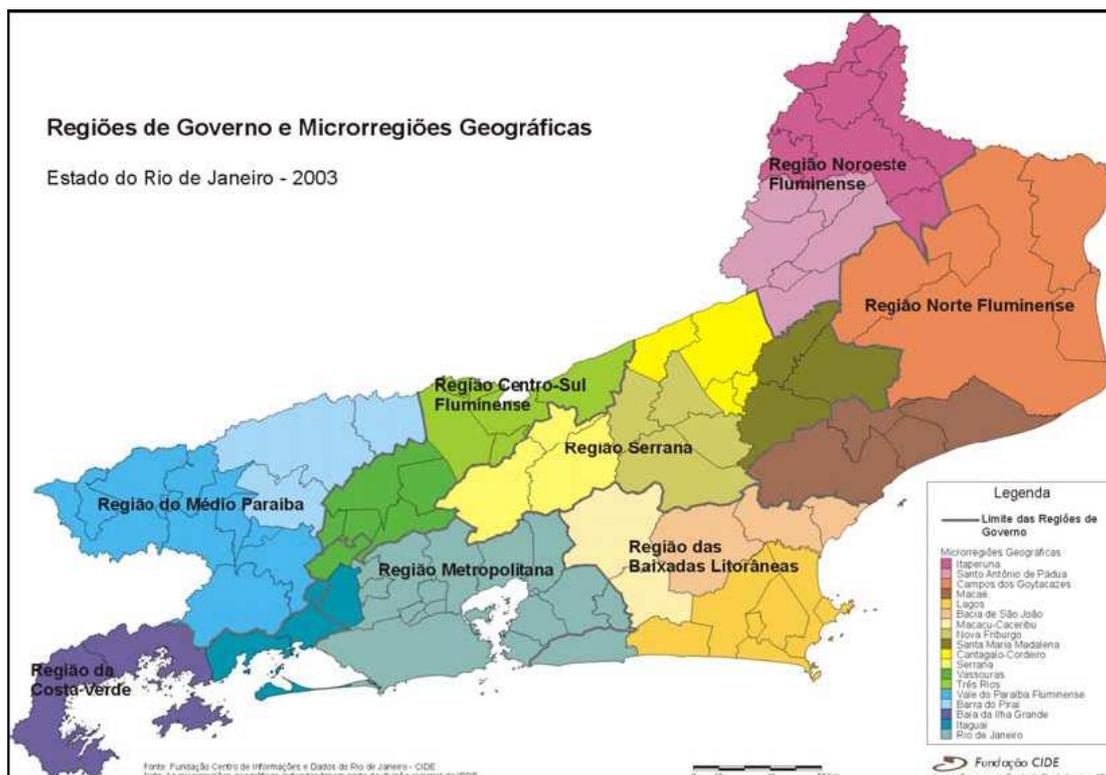
CAPÍTULO II

O SISTEMA DE SAÚDE DE ITAPERUNA

1) CARACTERIZAÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO

O município de Itaperuna foi fundado em 1889, pelo decreto nº. 02 de 06/12/1889, que elevou a Vila de São José do Avaí a categoria de cidade, com a denominação de Itaperuna, possuindo, na ocasião, 11 segmentos distritais. A atual distribuição distrital data de 1962, com 7 distritos.

MAPA 1. Regiões de Governo e Microrregiões Geográficas.



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

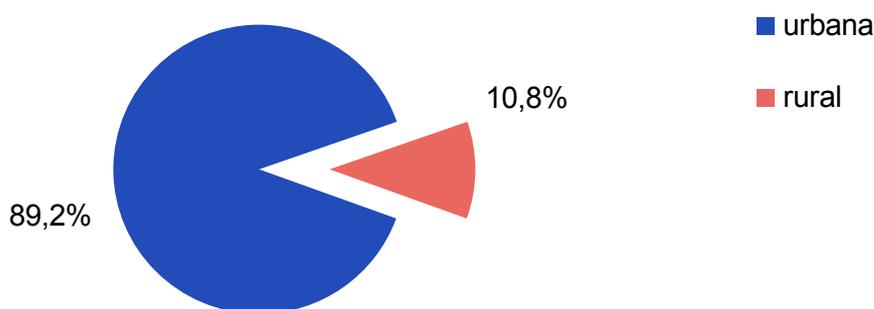
O Município de Itaperuna localiza-se na região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro, juntamente com os municípios de Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Italva, Itaocara, Laje do Muriaé, Natividade, Porciúncula, Santo Antonio de

Pádua, São Jose de Ubá e Varre-Sai. Possui uma área de 1.109,5 Km², equivalente a 20,6% da região noroeste fluminense e 2,7% do território estadual. Limita-se ao norte com os Municípios de Bom Jesus do Itabapoana, Natividade e Porciúncula; ao sul com os Municípios de Laje do Muriaé, Miracema e São José de Ubá; à leste com os municípios de Italva e Cardoso Moreira e, à oeste, com o Estado de Minas Gerais. O Município dista 319 km da capital do Estado.

A divisão política de Itaperuna mostra sua sede administrativa localizada na região central do município e, os outros seis distritos assim distribuídos: Comendador Venâncio, Retiro do Muriaé e Raposo na região norte, Nossa Senhora da Penha mais ao sul, Boa Ventura mais a leste e Itajara mais a sudoeste. A sede do município encontra-se subdividida em onze bairros.

De acordo com o IBGE (2005) a população estimada é de 92.181 habitantes, e uma densidade demográfica em torno de 81,43 habitantes/ Km², sendo a taxa média geográfica de crescimento populacional, nos últimos cinco anos de 0,85% ao ano. A distribuição da população por zona de moradia perfaz aproximadamente 89,23% na zona urbana e 10,77% na zona rural.

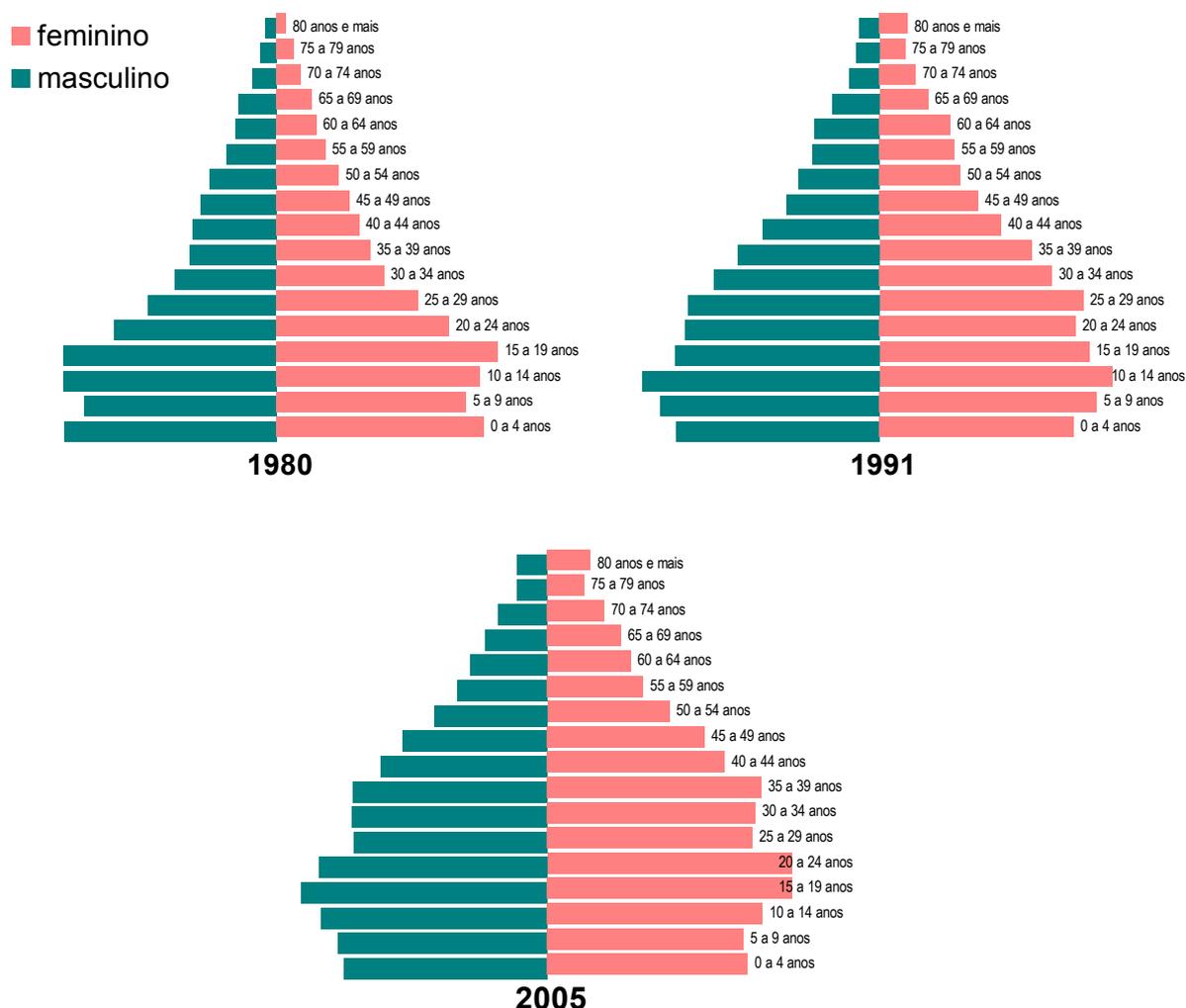
GRÁFICO 1. Proporção de habitantes segundo a zona de moradia, em Itaperuna, no ano 2000.



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000.

Em relação à faixa etária aproximadamente 57,8% da população são adultos entre 20-64 anos; 24,8% são jovens entre 0 – 15 anos; 7,6% acima de 65 anos.

GRÁFICO 2. Pirâmides Populacionais de Itaperuna, dos anos de 1980, 1991 e 2005.

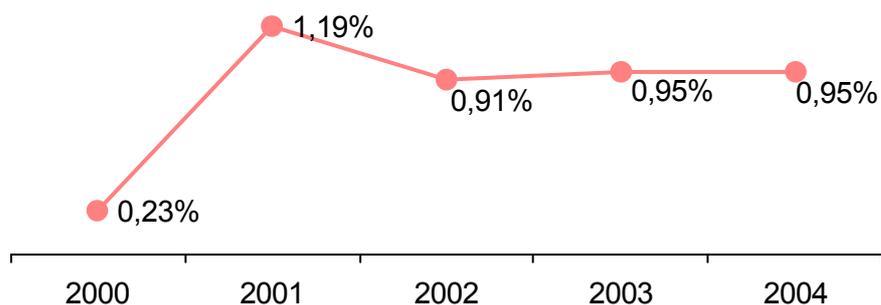


Fonte: IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional – MS/SE/DATASUS, a partir dos totais populacionais fornecidos pelo IBGE para os anos intercensitários.

As pirâmides populacionais acima representadas mostram a evolução do perfil da população onde se pode notar uma mudança significativa nos percentuais de cada faixa etária, com uma diminuição gradativa da população infantil a partir da década de 80, devido à maior participação da mulher no mercado de trabalho e à expansão do uso de contraceptivos, retirando da mulher a condição de provedora do lar e dos filhos e aumentando sua participação na provisão de recursos financeiros. Nota-se também um aumento gradativo do percentual de idosos, que reflete o aumento da expectativa de vida. Estes dados são de importância relevante quando o

assunto é saúde, já que terá influência direta na lógica da elaboração de políticas públicas, deverão desenvolver estratégias e programas específicos para cada segmento populacional.

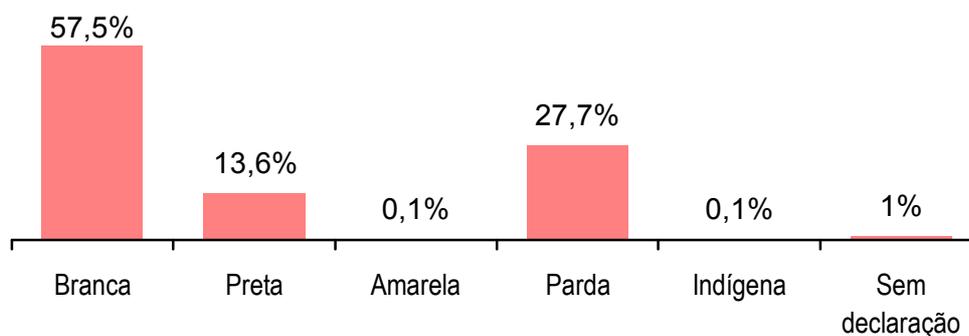
GRÁFICO 3. Taxa de Crescimento demográfico no Município de Itaperuna – 2000 a 2004.



Fonte: IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional – MS/SE/DATASUS, a partir dos totais populacionais fornecidos pelo IBGE para os anos intercensitários.

O gráfico acima mostra a tendência do crescimento demográfico do município, e segundo o IBGE estima-se uma população de 93.166 habitantes para o ano de 2006.

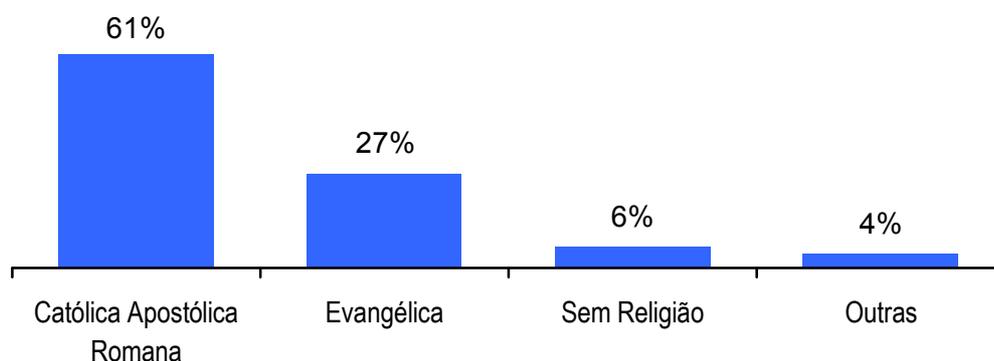
GRÁFICO 4. Distribuição percentual da população de Itaperuna segundo a cor, no ano 2000.



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

Em relação à cor da pele percebe-se que há uma predominância de pessoas que se declaram brancas, representando 57,5% da população, contra 41,3% de afrodescendentes.

GRÁFICO 5. Distribuição percentual da população de Itaperuna segundo a religião, no ano 2000.



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

Em relação à religião observa-se que o número de católicos, 61% é superior à soma dos praticantes de outras religiões.

Na economia do município predominam atividades do setor terciário (comércio e prestação de serviços), 58,2%, seguido do setor secundário (indústrias), 23,4% e do setor primário (agropecuária), 20%. Nos últimos anos, houve uma mudança no perfil populacional, com aumento do fluxo de migração, especialmente de jovens, a partir do início do funcionamento de instituições de ensino superior no município. Aí, ressalta-se a UNIG – Universidade Iguaçu/ Campus V, Faculdade Redentor, Cursos da UERJ e UFF, dentre outras instituições de ensino. Este acréscimo do fluxo migratório alterou também o perfil econômico do município, com ênfase no setor de prestação de serviços. O incremento do setor de serviços auxiliares, educacionais e de saúde teve uma relação direta com a ascensão da economia local no período citado, sendo que se verifica uma tendência na manutenção deste processo de crescimento.

Quanto ao saneamento básico, sabe-se que o município conta com uma rede satisfatória de abastecimento sendo que 86,8% dos domicílios da área urbana são abastecidos por água tratada pela CEDAE.

Segundo o censo do IBGE, (2000), 80,4% das residências da área urbana são servidas de rede de esgoto. Em relação à coleta de lixo, esta é terceirizada e atende a 86,8% das residências da área urbana. Este lixo é depositado no “lixão” próximo à BR-365, onde é feito o aterro controlado. O lixo hospitalar é incinerado.

Em Itaperuna não existem favelas, mas é possível detectar “bolsões” de pobreza nos seguintes bairros: Horto Florestal, Marca Tempo, Castelo, Surubi, São Mateus, Boa Fortuna, Matizada e Itajara, onde existem aproximadamente 2000 famílias sobrevivendo com menos de 1 salário mínimo (IBGE – censo demográfico de 2000).

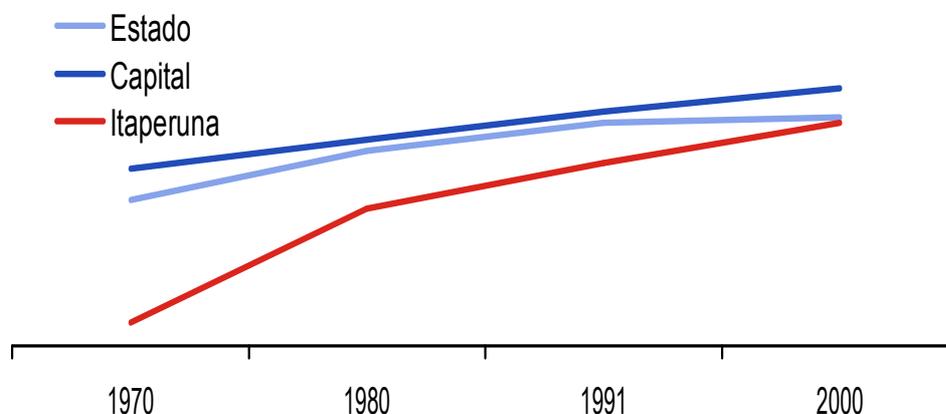
2) INDICADORES SOCIAIS E PRINCIPAIS PROBLEMAS

Para se caracterizar melhor o município se fará uma análise dos indicadores sociais, econômicos e de saúde de Itaperuna. Nesta primeira colocação serão abordados os indicadores sociais e econômicos. Os indicadores de saúde serão analisados em outro momento desse mesmo capítulo, onde serão abordados aspectos específicos do setor de saúde.

2.1) Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

O ESTADO do Rio de Janeiro ocupa o 5º lugar no ranking nacional e o município de Itaperuna ocupava o 20º lugar do Estado em 2000, com IDH de 0,787. Sua evolução desde a década de 70 foi a seguinte:

GRÁFICO 6. Evolução comparativa do IDH-M em Itaperuna, nos anos de 1970, 1980, 1991 e 2000.



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

Nota-se que Itaperuna apresentou uma evolução favorável nos últimos 30 anos, o que não ocorreu com outros municípios da região noroeste fluminense como se pode constatar em análise de dados na fonte referida no mapa (TCE-RJ).

Analisando isoladamente os dados do índice, verifica-se que Itaperuna tem IDH Educação de 0,859, sétimo no Estado, pontuou 0,800 no IDH Esperança de Vida, terceiro na posição dentre os noventa e um municípios analisados. O IDH Renda foi de 0,702, ficando em 37º lugar no Estado. Portanto, apesar do município ter apresentado esta evolução favorável, nota-se que as condições de assistência à saúde e à educação apresentaram uma evolução muito significativa, o que não ocorreu com a renda per capita que persiste muito baixa, mantendo o município numa situação desfavorável em relação ao IDH.

2.2) Educação

A educação é um ponto importante para se diminuir a desigualdade social, pois a melhoria da qualificação aumenta as chances de inserção do indivíduo no

mercado de trabalho. A partir da década de 90 o Brasil vem aumentando o acesso à educação e o Estado do Rio de Janeiro vem acompanhando este movimento. Paralelamente à melhoria do acesso, nota-se que a qualidade do ensino ainda é precária na maioria das instituições e o abandono da escola ainda na baixa idade é alto. Sabe-se também que o aumento do nível de escolaridade influencia de maneira positiva a melhoria das condições de saúde.

Contando com uma grande rede escolar, o município de Itaperuna oferece cursos desde o maternal até o terceiro grau completo, com escolas da rede pública municipal e estadual além de vários estabelecimentos de ensino da rede privada.

Na última década houve um aumento da rede municipal de ensino contra a redução na rede estadual.

Em relação ao ensino superior destaca-se a Universidade Iguaçu – Campus V / Itaperuna (UNIG), que foi implantada no município no ano de 1996, trazendo uma gama de cursos nas áreas de ciências sociais, humanas, exatas e da saúde. Itaperuna é pólo de saúde da região noroeste fluminense e possui um hospital (Hospital São Jose do Avaí) de referência para todas as especialidades clínicas e cirúrgicas, além de exames de média e alta complexidade. Isto influenciou o investimento da UNIG no município, já que a mesma tem o curso de medicina como o principal investimento da universidade, tornando o Hospital São José do Avaí - HSJA seu hospital universitário. Há 20 anos, o referido hospital já era sede do internato do curso de medicina de outras instituições como, por exemplo, a Faculdade de Medicina de Campos e a Faculdade de Medicina Souza Marques, da cidade do Rio de Janeiro.

O HSJA oferece também Residência Médica nas seguintes áreas: Clínica Médica, Cardiologia, Radiologia, Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular.

Na área de saúde são oferecidos no município os cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Farmácia e Bioquímica e Educação Física. O setor desenvolve ações de saúde junto à comunidade, além de parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde. Realizam atendimentos ambulatoriais com a supervisão dos professores, ações de saúde e participação em

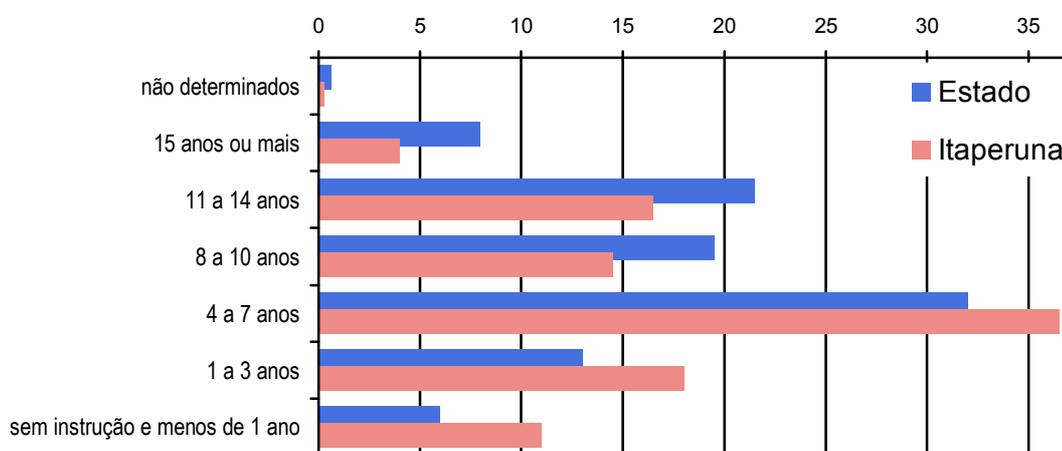
várias campanhas de promoção e educação em saúde desenvolvidas a nível local. A Universidade possui também a Farmácia-Escola que fabrica medicamentos da farmácia básica e vende pelo preço de custo.

O número de alunos que procuram o município para os cursos de pós-graduação também é elevado. São oferecidos cursos em várias áreas, com ênfase, na saúde, para os cursos de pós-graduação em Saúde da Família, de Terapia Intensiva e Enfermagem do Trabalho.

Itaperuna vem apresentando uma evolução favorável sob o ponto de vista educacional, pois o aumento do número de escolas e a inserção de escolas de ensino superior na cidade favoreceram o acesso de pessoas de menor condição social a esse nível de ensino. Hoje freqüentam as faculdades locais alunos que trabalham durante o dia e estudam à noite, e filhos de funcionários de Instituições particulares de ensino superior que têm o direito de matricularem seus filhos, se aprovados no vestibular, sem ônus algum.

Os indicadores de educação do município de Itaperuna, comparados ao Estado do Rio de Janeiro revelam que:

GRÁFICO 7. Anos de estudo por população acima de 10 anos de idade – IBGE – Censo 2000.

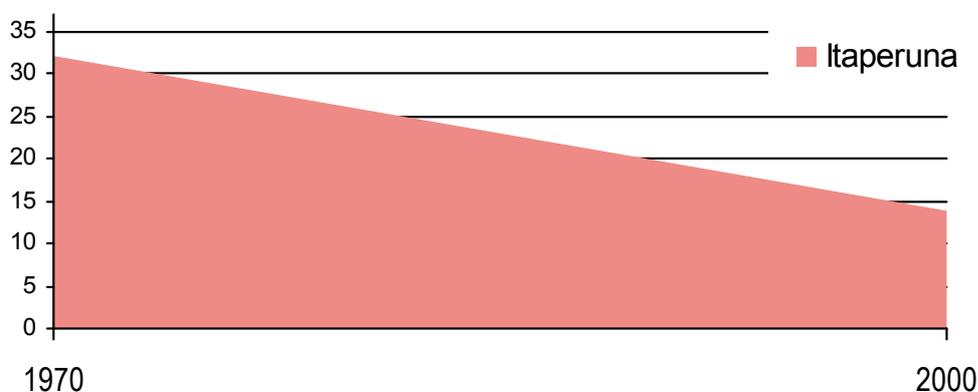


Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

O número de indivíduos sem instrução ou com menos de um ano de escolaridade é maior no município em relação ao Estado. Nota-se também que é maior o número de pessoas com 1 a 7 anos de estudo. Porém, ao analisar o total de pessoas com tempo de escolaridade acima de 8 anos percebe-se que este número é menor que a média do Estado, mostrando que o percentual de munícipes com média alta de escolaridade e nível superior de ensino encontra-se abaixo da média do Estado. Entretanto sabe-se que esta realidade encontra-se em processo de mudança já que o aumento significativo do número de alunos do município que ingressaram em cursos superiores ainda não está registrado nesta estatística uma vez que as primeiras turmas começaram a se formar após este levantamento.

Segundo dados do censo de 2000 o percentual de analfabetos na população de 15 anos ou mais era de 14% no Brasil, com uma média de 7% no Estado do Rio de Janeiro. Itaperuna apresenta uma média próxima a nacional e, portanto, acima da média do Estado. Assim, observa-se que apesar do número de analfabetos ter diminuído nos últimos 30 anos a média ainda é bastante elevada, com uma taxa de regressão em torno de 30% em 1970 para uma taxa de 14% em 2000, como retrata o gráfico a seguir.

GRÁFICO 8. Evolução do percentual da população analfabeta acima de 15 anos em Itaperuna.



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

Os dados relativos à educação são importantes quando se trata de avaliar as condições de saúde da população para que seja possível traçar estratégias de intervenção de acordo com o nível cultural e com a capacidade de entendimento de cada comunidade.

3) SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

A Constituição de 1988 legalizou o direito ao acesso universal e equânime aos serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a todos os cidadãos brasileiros. A viabilização destes direitos se concretizou a partir das Leis Orgânicas de Saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90, e das Normas Operacionais Básicas – NOB/93 e NOB/96. O Sistema Único de Saúde – SUS tem suas ações operacionalizadas nas três esferas de governo. A análise histórica do sistema de saúde do município de Itaperuna mostrou a preocupação e a ação e desenvolvimento de metas em toda sua gestão voltada para a viabilização das práticas impostas por essas leis, buscando planejamentos e estratégias de intervenção na atenção básica e melhoria na qualidade e no acesso aos serviços de saúde.

Nos últimos anos o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde iniciaram novas atividades e estratégias de intervenção com o objetivo de ampliar o atendimento no setor da saúde e adequar seus modelos assistenciais e de gestão, com ênfase na atenção primária. O Ministério da Saúde pactuou com os municípios uma forma de repasse de verbas, sob a forma de estímulo, àqueles municípios que implantarem um modelo assistencial visando à vigilância em saúde em detrimento ao modelo hospitalocêntrico, calcado no médico e na cura. Este pacto foi legalizado através do Pacto da Atenção Básica, na Programação Pactuada Integrada – PPI da Vigilância em Saúde. Em fevereiro de 2002, foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Esta norma fortaleceu o sistema de referência intermunicipal, garantindo o atendimento

pelos municípios pólo, mediante termos de compromisso, com aumento da oferta de serviços de alta e média complexidade a municípios de menor condição social. A situação de município de Itaperuna será exposta em outro momento, neste mesmo capítulo.

3.1) Características do Modelo de Gestão Municipal

O processo de organização da assistência à saúde foi iniciado em Itaperuna na primeira metade da década de 80, com a assinatura do Convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) e, a partir dessa época, as Unidades de Saúde da Rede Estadual/Federal começaram a ser repassadas para a administração municipal. Posteriormente houve a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde e a municipalização da saúde caminhou mais um pouco até a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº. 8.080/ 90 e Lei nº. 8.142/90), quando se instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem sua legislação fundamentada em garantir à população brasileira uma política de atenção à saúde de caráter integral, universal e de boa qualidade. Teve como importante marco a Norma Operacional Básica do SUS – NOB/SUS – de 1996, que definiu os níveis de gestão em dois níveis e estabeleceu regras fundamentais para a concretização do Sistema Único de Saúde.

Para a operacionalização o município conta com o Fundo Municipal de Saúde – FMS – de Itaperuna, criado pela Lei n. ° 34 de 09 de julho de 1991. Todos os recursos transferidos pela União, Estado ou município são depositados em contas específicas do FMS (Fundo Municipal de Saúde) e são utilizados na execução das ações de saúde do município, de acordo com as necessidades priorizadas pela gestão local.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, elaborado pelo Ministério de Saúde em 1991, foi implantado em Itaperuna no ano de 1994, seguido da implantação do Programa de Saúde da Família em 1997 buscando a otimização da prática dos princípios e diretrizes formuladas pelo Ministério da Saúde.

Em fevereiro de 1998 o Município de Itaperuna elaborou o processo de pleito de habilitação para a Gestão Plena do Sistema Municipal, com a finalidade de melhor viabilizar a execução das ações e serviços de saúde, de modo a garantir o acesso integral de sua população aos serviços de saúde. Este pleito foi aprovado pela Comissão Bipartite, posteriormente aprovado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS n.º 2801 de 14 de maio de 1998.

Segundo a NOB de 1996, neste modelo de Gestão Plena do Sistema cabe ao Gestor Municipal de Saúde:

- Elaborar toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual;
- Gerenciar todas as unidades ambulatoriais e hospitalares;
- Reorganizar as unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), através do cadastro nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e à sistematização da oferta de serviços;
- Garantir a prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não residentes, de acordo com pacto entre os municípios, em conformidade com a PPI;
- Normatizar e operacionalizar o controle dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares ofertados pelo município;
- Contratar, controlar, efetuar auditorias e pagamentos aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares;
- Administrar a oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade, conforme a PPI;
- Operar o SIH e o SIA/SUS, conforme as normas do Ministério da Saúde, e alimentar o sistema com os dados de interesse nacional;
- Manter atualizado o cadastro das unidades assistenciais sob sua gestão, conforme normas do MS;

- Realizar avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde da população e do meio ambiente;

A partir desse modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal o município passou a receber do Fundo Nacional de Saúde os recursos financeiros correspondentes ao Teto Financeiro de Assistência para a execução de todas as ações e serviços para o atendimento integral à saúde: ações de assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. No mesmo ano iniciaram-se os depósitos relativos aos incentivos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Combate às Carências Nutricionais. Em 1999 iniciaram-se depósitos do Incentivo à Farmácia Básica, e verbas para cobertura de cirurgias de catarata, próstata e relativas ao Programa de Combate ao Câncer de Colo Uterino. Além destas o município conta com verbas da PPI (Programação Pactuada Integrada) e do ECD (Epidemiologia e Controle de Doenças), com incentivos para campanhas de vacinação e ampliação do atendimento odontológico.

O Teto Financeiro Global do Município, bem como os incentivos, têm variado de ano a ano, buscando sempre a conformidade em atender a necessidade do município em garantir o atendimento integral à saúde de sua população, o que nem sempre é possível. Os recursos do Fundo Municipal de Saúde são depositados no Banco do Brasil – Agência 0074-4 Itaperuna, nas contas específicas PAB – 58040-6 e FMS 58041-4, movimentadas pelos ordenadores de despesa.

A Norma Operacional Básica de 2001 – NOAS-SUS 01/01 criou o PABA – Piso de Atenção Básica Ampliado que financia as ações básicas de saúde com recursos divididos em duas partes que funcionam da seguinte forma no município de Itaperuna:

QUADRO 3. Piso de Atenção Básica Ampliado – Itaperuna.

PISO DE ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADO – ITAPERUNA	
PAB Fixo	PAB Variável
Programa de Saúde da Mulher	Ações Básicas de Vigilância Sanitária
Ações de Saúde da Criança	Assistência Farmacêutica Básica
Ações de Saúde Bucal	Combate às Carências Nutricionais
Controle da Tuberculose	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Controle da Hanseníase	Programa de Saúde da Família
Controle da Hipertensão Arterial	
Controle do Diabetes Mellitus	

Fonte: Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

A seguir será apresentada uma série histórica dos dados relativos aos investimentos do município no setor da saúde referente ao período de 1998 a 2006 (referentes ao período de janeiro a abril/2006), obtidos no SIOPS (Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde), para se analisar o investimento na Assistência Hospitalar, na Atenção Básica e nas Ações Estratégicas. Outra análise diz respeito ao investimento na saúde/habitante, para verificar se a gestão municipal está cumprindo a lei no que tange o investimento no setor, segundo a Emenda Constitucional nº.29, de 13 de setembro de 2000.

QUADRO 4. Recursos investidos no setor da saúde em Itaperuna.

ANOS	ASSIST HOSPITALAR E AMBULATORIAL (MAC)	ATENÇÃO BÁSICA	AÇÕES ESTRATÉGICAS	TOTAL
1998	6.145.974,21	655.274,18	0,00	6.801.248,39
1999	11.285.418,84	1.226.512,32	0,00	12.511.931,16
2000	12.584.990,11	1.521.259,60	0,00	14.106.249,71
2001	13.426.852,02	1.800.753,32	145.885,75	15.373.491,09
2002	15.261.271,58	2.031.307,16	1.131.137,52	18.423.716,26
2003	16.299.397,15	2.130.693,63	2.919.962,49	21.350.053,27
2004	16.355.366,83	2.573.836,27	6.121.371,99	25.050.575,09
2005	16.906.023,56	2.900.049,73	9.428.650,14	29.234.723,43
2006*	7.327.280,20	989.745,77	1.160.166,14	9.477.192,11
TOTAL	115.592.574,50	15.829.431,98	20.907.174,03	152.329.180,51

Fonte: Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

* O valor do ano de 2006 refere-se ao período de janeiro a abril.

Nota-se que os investimentos apresentam valores ascendentes ao longo dos anos e, apesar dos valores serem absolutos a diferença anual provavelmente indica um crescimento acima da inflação. Existe uma proporcionalidade mantida em relação ao atendimento da média e alta complexidade, fato explicado pelo município ser referência desse nível de assistência, segundo o plano de regionalização da assistência, conforme será descrito mais adiante, neste capítulo. Em relação à Atenção Básica e Ações Estratégicas também houve aumento dos gastos mostrando que o município, apesar de privilegiar a alta complexidade também vem mostrando interesse na atenção primária, que não pode deixar de ser trabalhada como a porta de entrada no Sistema de Saúde.

QUADRO 5. Despesa Total com Saúde no período de 2000 a 2005 – Itaperuna.

DESPESA TOTAL COM SAÚDE – ITAPERUNA				
ANOS	DESPESA TOTAL COM SAÚDE/HABITANTE	RECURSO SUS	RECURSO PRÓPRIO	% RECURSO PRÓPRIO APLICADO NA SAÚDE
2000	243,52	176,29	67,23	Não consta
2001	274,29	191,47	82,82	Não consta
2002	268,22	205,84	62,38	18,02
2003	312,70	246,46	66,24	18,12
2004	347,53	272,58	69,06	19,21
2005	*	*	*	20,67

Fonte: Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

* Não foram encontrados na fonte os valores relativos ao ano de 2005.

A tabela acima demonstra os valores, em reais, referentes às despesas com saúde/habitante e os valores custeados pelo SUS e pelo município, assim como o percentual de recursos próprios investidos no setor para avaliar se o município vem cumprindo a EC 29/2000.

A emenda constitucional nº. 29/2000 estabelece o percentual da arrecadação total que o município deveria investir na área de saúde. Verificou-se, de acordo com análise de dados do SIOPS, que o município de Itaperuna investiu no período de 2002 a 2005 um percentual de recursos próprios aplicados na saúde em conformidade com a referida lei. (www.saude.rj.gov.br)

O município de Itaperuna é sede do CISNOR – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste Fluminense. Este foi o 1º Consórcio Intermunicipal de Saúde criado no Estado do Rio de Janeiro, pactuado e assinado em fevereiro de 1998, com outros 12 municípios do Estado do Rio de Janeiro (11 da região noroeste e 01 da região norte fluminense). Neste contexto, ressalta-se que o referido consórcio é citado como exemplo para outros municípios no Manual do Gestor, elaborado pelo COSEMS – RJ / Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS, 2001).

As consultas e procedimentos incluem exames e procedimentos oftalmológicos e otorrinolaringológicos, ultrassonografia, ecocardiograma, ecovenoso, eletroencefalograma, eletroneuromiografia e densitometria óssea. Os moradores dos treze municípios que necessitarem utilizar os serviços deverão procurar a Secretaria de Saúde do seu município que fará o agendamento para a realização do procedimento. Cada município possui uma cota mensal de procedimentos, de acordo com o valor de repasse mensal.

O CISNOR trouxe benefícios para a população local, com uma otimização na oferta de serviços de média complexidade que passaram a ser disponibilizada na rede pública, rompendo a dependência anterior com entidades da rede privada prestadora de serviços para o SUS, onde havia um tempo maior de espera para realização dos procedimentos. Hoje ainda existe uma demanda reprimida para exames de alta complexidade, com exceção de cirurgia cardíaca e exames cardiológicos de alto custo, quimioterapia, radioterapia e hemodiálise.

Outro aspecto importante a ser abordado, neste modelo de gestão, diz respeito à regionalização da assistência, que entrou na agenda do Sistema Único de Saúde – SUS a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002 publicada em fevereiro de 2002 que amplia a responsabilidade dos

municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, além de criar mecanismos de fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, buscando a melhoria do atendimento nos vários níveis de complexidade.

Para reverter o problema de desigualdades regionais existentes no Estado e para facilitar o acesso de todo cidadão a todos os serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, inclusive os de alta complexidade, algumas estratégias foram formuladas e implementadas. Dentre essas merece destaque a Programação Pactuada Integrada – PPI da assistência ambulatorial e hospitalar, programa que levou à implantação de Centrais de Regulação para ordenar as ofertas de serviços referenciados.

Este processo permitiu a maior transparência na alocação de recursos em cada município responsável pela assistência aos munícipes e seus vizinhos, garantindo o acesso de pacientes de cidades vizinhas que não possuem serviços de maior complexidade, tornando esses serviços mais acessíveis em cada região do ESTADO.

A região noroeste possui quatorze municípios, totalizando 2% da população do Estado. Foi dividida em duas microrregiões. Itaperuna, Bom Jesus do Itabapoana e Santo Antonio de Pádua atuam como pólos para especialidades diversas. A Central de regulação de Referencias e Contra-referencias localiza-se em Itaperuna.

Destaca-se que Itaperuna e Bom Jesus do Itabapoana atendem, também, a municípios de Minas Gerais e Espírito Santo.

A microrregião noroeste I – NO I compreende os municípios de Natividade, Varre-Sai, Porciúncula, Itaperuna, Laje do Muriaé, São José de Ubá, Bom Jesus de Itabapoana, Italva e Cardoso Moreira, que totalizam 198.742 habitantes formando quatro Módulos Assistenciais. Itaperuna e Bom Jesus de Itabapoana são referências para Média Complexidade na microrregião.

MAPA 2. Regiões do Estado do Rio de Janeiro segundo a regionalização da saúde.



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro

O módulo assistencial relativo a internações tem como sede o município de Itaperuna e como municípios adscritos Laje do Muriaé e São José de Ubá. A população total do módulo é de 107.058 habitantes, totalizando 639 leitos credenciados ao SUS em diversas especialidades.

Os procedimentos de Alta Complexidade do SIA/SUS realizados no município são os seguintes:

- Radioterapia;
- Terapia renal substitutiva (hemodiálise);
- Hemoterapia;
- Quimioterapia;
- Tomografia computadorizada;
- Hemodinâmica;
- Medicina nuclear;
- Litotripsia;
- Patologia clínica especializada;

- Ressonância magnética.

Serviços Diagnósticos/Terapêuticos referência para outros municípios (2004):

- Radioterapia;
- Hemodiálise;
- Tomografia Computadorizada;
- Quimioterapia;
- Hemodinâmica.

Serviços Diagnósticos/Terapêuticos referenciados para outros municípios:

- Triagem para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito e anemia falciforme (teste do pezinho);
- Cirurgia Oftalmológica Ambulatorial;
- Eletroneuromiografia.

Internações Hospitalares para as quais o município é referência:

- Cirurgias Cardíacas;
- Neurocirurgias;
- Politraumatizados.

Internações Hospitalares referenciadas para outros municípios:

- Internações psiquiátricas;
- Cirurgia oftalmológica;
- Patologias cervicais neoplásicas;
- Hemoterapia.

Todos esses procedimentos necessitam de autorização prévia, e são analisados e autorizados por uma Central de Regulação, que funciona no Núcleo de Controle e Avaliação, sob a supervisão de um médico auditor. A Central de Regulação da Secretaria de Saúde de Itaperuna funciona 24 horas e controla as internações hospitalares eletivas e a Programação Pactuada Integrada – PPI para a realização dos procedimentos de média e alta complexidade de todos os municípios da região Noroeste Fluminense.

3.2) Participação Social no Sistema de Saúde

A participação social é muito importante para o avanço na democratização do SUS, intensificando o exercício da cidadania. Esta participação está prevista por lei, na Constituição Federal, e sua importância foi ampliada com a EC nº. 29/2000 que prevê o acompanhamento e a fiscalização dos gastos no setor pelos Conselhos de Saúde.

Neste contexto, Itaperuna tem a base fundamental do processo participativo no setor da saúde representado pelo Conselho Municipal de Saúde e Conferência Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde foi regulamentado através da Lei federal no 8.142/90, e no Município de Itaperuna foi criado pelo Decreto no 91 de 21 de agosto de 1990.

A sede do Conselho funciona dentro da Secretaria de Saúde, em sala própria, onde a executiva do conselho se faz presente durante todo o período de funcionamento desta secretaria.

Para retratar o funcionamento e a participação do Conselho Municipal de Saúde do município de Itaperuna no controle social, realizou-se entrevista com a representante da executiva do conselho – e após o diálogo de abordagem de questões pertinentes ao trabalho, seguida da leitura de documentos e atas relativas a esse Conselho, observou-se que:

O Conselho é composto por 24 conselheiros sendo que destas representações 12 são preenchidas por entidades prestadoras de serviços e 12 por entidades que representam os usuários, com a seguinte composição:

- 5 representantes de secretarias do governo municipal;
- 2 profissionais da área da saúde – 1 da associação médica e 1 do Sindicato dos trabalhadores da Saúde (SINDASA);
- 5 representantes de entidades hospitalares prestadoras de serviço ao Sistema Único de Saúde;
- 2 ONGs – Planeta Mulher e Puris;
- Conselho comunitário;

- Fundação Escolar São José;
- Pastoral da Criança;
- Sindicato do Comércio Varejista;
- Pastoral da Saúde;
- Associação Viver;
- Associação Comitê Ação e Cidadania;
- 3 Associações de Moradores – Jardim Surubi, CEHAB e Cidade Nova.

Os representantes das entidades são eleitos em conferências e têm uma participação ativa no Conselho, que se reúne mensalmente e em caráter extraordinário, quando necessário.

Após realizar entrevistas com membros do Conselho, leitura das Atas de reuniões e participar de reuniões mensais foi possível constatar que apenas duas destas representações são inefetivas, comparecem, porém, com uma participação passiva e inexpressiva. Esta inefetividade ocorre justamente com os representantes das Associações de Moradores que não trazem para a pauta nenhuma necessidade ou reivindicação dos bairros que representam. É lamentável a falta de uma participação mais ativa por parte daqueles que representam as áreas carentes e vulneráveis, do ponto de vista social.

A própria composição do conselho, em termos de formação e status social da maioria dos participantes, parece intimidar os membros da comunidade, levando-os a um comportamento bastante acanhado durante as reuniões, com pouca ou nenhuma forma de manifestação. É notório que essa ausência acaba afastando o conselho da sua função de elo entre o poder público e a sociedade civil impedindo a verdadeira participação comunitária sobre as ações a serem definidas e empreendidas.

O Conselho tem a formação de comissões que se reúnem periodicamente para fazer avaliações de programas referentes à saúde como o fundo municipal de saúde, o plano plurianual – PPA e os planos de gestão. As ações pactuadas pela gestão são fiscalizadas por este conselho. Em relação às propostas pactuadas, algumas são muito difíceis de serem cumpridas e até mesmo por serem muito específicas. Isto ocorre porque há uma participação mais ativa de grupos com

interesses próprios, com objetivos financeiros, que não guardam relação com os objetivos do SUS. Um exemplo prático seria a implantação do “Teste da Orelhinha” - teste para triagem de casos de surdez em recém-nascidos, tão cobrado por profissionais da área de fonoaudiologia, com interesses próprios de aumentar a arrecadação com este procedimento que depende de um investimento em equipamento de custo elevado. Na prática ainda não se conseguiu nem mesmo garantir a expansão da cobertura da ação “Primeira Semana de Saúde Integral da Criança” que é a meta prioritária da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil pactuada com o Ministério da Saúde em 2004.

As reuniões mensais têm 03 pautas permanentes – Hospital São José do Avaí, Casa de Saúde e Maternidade Santa Terezinha, e Sindicato dos Trabalhadores da Saúde. As demais pautas são priorizadas de acordo com a necessidade e as questões referentes ao momento político.

Nas reuniões mensais sempre são priorizadas as discussões relativas ao setor financeiro; o que sempre acaba gerando tensões e conflitos entre os representantes do setor público e os representantes dos prestadores privados de serviços pelo fato desta rede contratada estar sempre gerando faturas que ultrapassam o teto financeiro de arrecadação municipal, tornando inviável o pagamento de todos os serviços prestados.

Vale ressaltar que a abordagem do Programa de Saúde da Família não tem sido motivo de discussão deste conselho, o que faz pensar em uma falta de comprometimento e priorização de uma questão tão importante da agenda de serviços de saúde. Esta falta de comprometimento ocorre por parte de todos os representantes do conselho, tanto do setor público quanto da representação da comunidade, além dos profissionais que trabalham no setor.

3.3) A Estrutura do Sistema de Saúde e Caracterização da Rede Municipal

O Sistema de Saúde de Itaperuna conta com um conjunto de serviços hierarquizado, organizado e gerido pelo Gestor Municipal, como um subsistema do Sistema Estadual de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde, como órgão gestor desse sistema, acha-se estruturada a partir da Assistência Médica, Medicina Preventiva e Higiene e Saúde (Medicina Preventiva, Higiene e Saúde e Serviços Auxiliares), Departamento de Assistência Odontológica (Serviço Odontológico, Perícia Odontológica e Postos/Sub-postos), Assessoria (Administração, Geral Assistência Técnica, Estatística - Faturamento, Atendimento ao Público, Patrimônio e Recursos Humanos), Departamento de Contabilidade, Encarregado de Transportes e Encarregado de Compras. Cada setor comporta diferentes programas de ação com dotação de verba própria, com abrangência em todo o município, sede e distritos. (PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPERUNA/SMS, Plano Municipal de Saúde, 2002).

A estrutura funciona com uma rede de atendimento ao nível de atenção básica que comporta as Unidades de Saúde da Família, além do atendimento a especialidades básicas e exames de baixa e média complexidade, realizados no Centro de Saúde Municipal de Itaperuna. Este Centro de Saúde oferece atendimento médico em 17 especialidades, além de realizar pequenas cirurgias, nebulizações, vacinação, exames laboratoriais e atendimentos de serviço social, fonoaudiologia, nutrição e psicologia. Atende à demanda espontânea, com agendamento prévio de consultas e procedimentos, bem com a demanda referenciada pelas Unidades de Saúde da Família, que tem seu atendimento agendado pelos agentes comunitários de saúde. Algumas especialidades contam com poucos profissionais, como por exemplo dermatologia e pneumologia, gerando uma morosidade no agendamento de consultas que podem ser agendadas com uma média de 15 a 20 dias de espera. Em outras especialidades as consultas são agendadas com uma média de 02 dias de antecedência. Os exames laboratoriais realizados neste serviço também necessitam de agendamento prévio, com uma média de tempo de espera em torno de 10 a 15 dias para exames eletivos. A demanda não atendida neste laboratório é referenciada aos laboratórios privados conveniados ao SUS. O Centro de Saúde comporta também os serviços de epidemiologia e controle de vetores. Nesta

unidade funcionam, também, os Programas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Imunização, Programa Primeiros Passos (Teste do pezinho) e Serviço de Vigilância Nutricional.

Itaperuna tem Gestão Plena do Sistema Municipal e dispõe de 05 hospitais conveniados ao SUS, sendo 2 filantrópicos e 3 contratados. Possui um total de 528 leitos hospitalares, numa proporção de 4,9 leitos por mil munícipes, considerando a população de Laje do Muriaé e São José de Ubá que pertencem a este módulo de assistência hospitalar. Apresenta, portanto, uma média acima da média do Estado que é de 2,9 leitos por cada mil habitantes.

A título de organização será representado no quadro a seguir a rede de assistência municipal:

QUADRO 6. Rede Municipal de Saúde de Itaperuna.

UNIDADE	QUANTITATIVO
REDE PRÓPRIA-MUNICIPAL	
Centros/ Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS	2
Centros de Saúde – Posto de Assistência Básica com várias especialidades médicas	2
Policlínicas	2
Ambulatórios de Unidade Hospitalar Geral	3
Serviço de Pronto Atendimento Médico-Odontológico	1
Consultórios	6
Clínicas especializadas	7
Farmácia para dispensação de medicamentos	1
Unidades de Saúde da Família	16
Unidade de vigilância sanitária	1
REDE CONTRATADA	
Asilo/ Hospital-dia para atendimento de pacientes com HIV/AIDS	1
Hospital Pediátrico	1
Hospitais Gerais	3
Clínicas de Fisioterapia	2
Laboratórios de Análises Clínicas	5
Laboratório de Citologia e de Patologia	1
Serviço de Ecocardiografia	1
Clínicas de Radiologia	5

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Itaperuna – SMS/2006

Ressalta-se que um desses hospitais – HSJA possui 04 Unidades de Terapia Intensiva – CTI Clínico; UTI Cardiológica, UTI Neurológica e Vascular e UTI Neonatal e Pediátrica. Observa-se como um grave problema em relação à saúde da criança o fato da Maternidade de referência do SUS funcionar em outro hospital prestador de serviços, gerando a necessidade de um transporte entre hospitais sempre que o estado do recém-nato exigir cuidados intensivos. Entretanto, este serviço de traslado do paciente dentro do município não é adequado, e todas as vezes que um recém-nascido necessita desse transporte, esse problema acaba piorando o seu prognóstico. Isto ocorre, porque o hospital que tem condições de ser referência não manifestou interesse em realizar partos pelo SUS, e o que realiza os partos não possui condições financeiras de custear uma UTI neonatal. Assim, a maternidade de referência para partos de alto risco do município de Itaperuna se

localiza em Campos, porém a transferência das gestantes de alto risco dificilmente são feitas para este município.

O Hospital São José do Avaí, fundado em 1925 iniciou suas atividades após homens da área de saúde e os coronéis da região, preocupados com a saúde pública municipal, decidirem fundar uma conferência que mantivesse um ambulatório para atender aos doentes da cidade. O ambulatório foi construído com recursos da comunidade, em terreno cedido pela prefeitura. Desde a sua fundação o ambulatório e mais tarde hospital sempre contou com a ajuda da comunidade. Mais tarde, com o desenvolvimento de políticas de saúde o Hospital foi adquirindo equipamentos, aumentando o número de leitos e ampliando a assistência aos moradores da cidade e da região. Em 1983 a presidência da Conferência São José do Avaí foi assumida pelo Dr. Renan Catharina Tinoco, que continua no cargo até a presente data e vem, desde sua nomeação se empenhando, de forma competente, para o crescimento e o desenvolvimento da Instituição. A partir deste período o Hospital começou a ser ampliado, apresentado, a partir daí, uma característica incomum para uma cidade do interior que é o alto investimento em procedimentos de alta tecnologia e complexidade, mantendo uma ampliação permanente de seu corpo clínico com profissionais especializados, e sempre investindo no treinamento e qualificação de todos os seus profissionais, fato que justifica o HSJA ter um reconhecimento não apenas a nível regional, mas também estadual e federal.

3.4) Programas e Serviços de Saúde Desenvolvidos

- **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher:** o atendimento à mulher é centralizado no Centro de Saúde Dr. Raul Travassos, onde são realizados os atendimentos ao pré-natal e puerpério (Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento – PHPN), planejamento familiar, prevenção do câncer de colo de útero e atendimento ginecológico. Nota-se que a atenção específica à mulher mantém-se centralizada, e, portanto, não é desenvolvida de rotina nas Unidades Básicas de Saúde.
- **Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança:** também possui suas ações centralizadas no Centro de Saúde Raul Travassos, realizando atendimentos à demanda espontânea, além dos Programas “Primeira Semana

de Saúde Integral da Criança”, “Primeiros Passos”, “Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento – ACD”, “Imunização” e “Vigilância Alimentar e Nutricional”.

- **Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde:** será abordado em capítulo específico.
- **Programa de Prevenção e Controle do HIV/AIDS e outras DST:** funciona desde a década de 90 e a partir de 2003 foi implantado o PAM-AIDS – Plano de Ação e Metas em HIV/AIDS e outras DST.
- **Programa Municipal de Tuberculose:** como os demais programas descritos até agora, este também não foi descentralizado para as Unidades de Saúde da Família. O coeficiente de incidência de Tuberculose em 2003 e 2004 no município foi de 57 e 45⁰/₀₀₀₀ respectivamente, e embora menor que o do Estado do RJ como um todo, tem sido superior ao da região sudeste e do Brasil.
- **Programa Municipal de Hanseníase:** como o Programa da Tuberculose tem seu principal desafio descentralizar as ações de diagnóstico e tratamento para as UBS.
- **Programa de Imunização:** funciona no Centro de Saúde e em 08 das 16 Unidades de Saúde da Família.
- **Programa de Saúde Mental:** o atendimento é realizado de acordo com a clientela específica, assim dividido: atendimento à demanda espontânea no Centro de Saúde Raul Travassos, e atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e CAPS/AD (álcool e drogas).
- **Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus:** estes programas já foram descentralizados e os pacientes que moram em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família são acompanhados nas USF, já aqueles das áreas não cobertas têm seu acompanhamento no Centro de Saúde.

- **Programa de Saúde Bucal:** este programa vem sendo priorizado desde 1989, quando foi criado o programa de atendimento a todas as crianças das escolas e creches da rede pública municipal, estadual e filantrópica. O Programa Dentinho Feliz continua sendo desenvolvido até a presente data. Em seguida foi criado o Centro Integrado de Atendimento Odontológico – Dentão, que atende à população adulta com serviços especializados nas áreas de endodontia, odontogeriatria, próteses e atendimento cirúrgico. No ano de 2005 foram implantadas 4 equipes de saúde bucal (ESB), em PSF já existentes. Foi também criado o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que é uma unidade de referência para as USF. Outro serviço disponibilizado foi o Núcleo de Saúde Bucal Coletiva (NSBC) que tem a finalidade de atender a grupos prioritários: escolares, gestantes, nutrizes e idosos, além de ações preventivas contra o câncer bucal.
- **Programa de Educação em Saúde:** trabalha com a capacitação dos profissionais da saúde e com atividades ligadas à comunidade, creches, escolas, igrejas, dentre outros setores da comunidade que possam funcionar como multiplicadores de conhecimentos pertinentes à saúde e qualidade de vida.
- **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.**
- **Programa Cesta de Alimentos.**
- **Programa de Assistência Farmacêutica Básica.**

4) DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

O diagnóstico de saúde de uma população deve ser baseado no estudo global da mesma, utilizando-se componentes como saúde, alimentação, educação, dentre outros. O estudo epidemiológico de uma população baseia-se na utilização dos indicadores de saúde que são medidas de morbidade e mortalidade expressos por valores relativos considerando-se os denominadores populacionais. Os indicadores servem para avaliar as condições de saúde da população para que se possa, através desses dados, desenvolver estratégias de planejamento e intervenção no setor.

4.1) Indicadores de Saúde

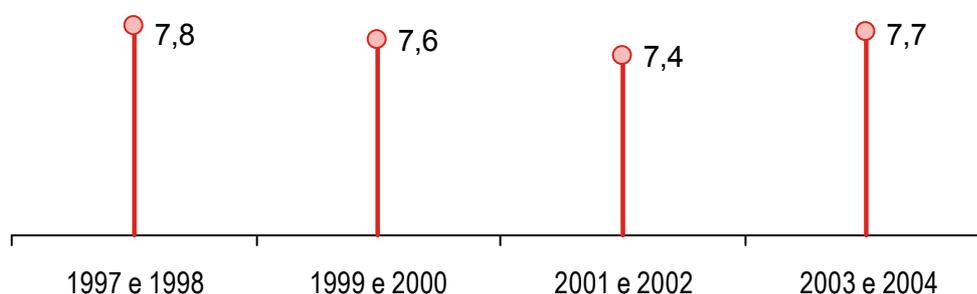
4.1.1) Dados de Mortalidade

No Município de Itaperuna, os indicadores contidos na tabela abaixo retratam o perfil epidemiológico.

A seguir, será feita uma breve avaliação do significado daqueles indicadores que se colocam como os mais importantes para a avaliação da saúde dentro do Município de Itaperuna:

- **Coefficiente de Mortalidade Geral:** é um coeficiente usado para áreas geográficas restritas, não servindo de base para comparações internacionais já que sofre influência direta do perfil populacional local. No Brasil este coeficiente varia entre 6 a 12/mil. Em Itaperuna este coeficiente apresenta-se dentro da média do País, com a seguinte evolução:

GRÁFICO 9. Coeficiente de Mortalidade Geral em Itaperuna, por biênios – 1997 a 2004.



Fonte: SIM – DATASUS – SES/RJ

- Coeficiente de Mortalidade Proporcional por Faixa Etária e Razão de Mortalidade Proporcional:** é um excelente indicador de nível de saúde, pois permite a análise da tendência da mortalidade em uma mesma região geográfica ao longo de uma série histórica, como permite, também, a comparação com outras áreas geográficas.

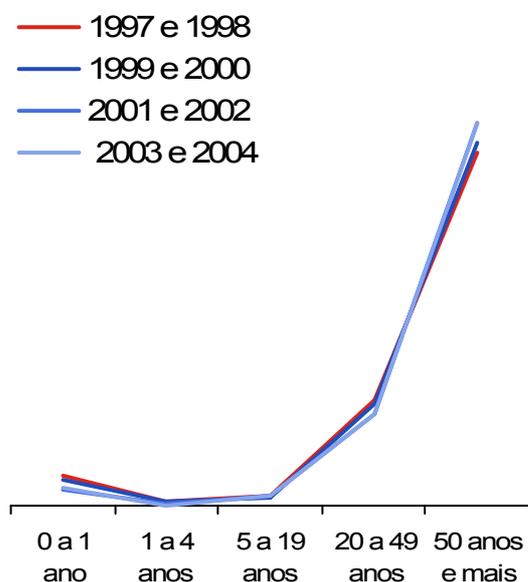
A análise a mortalidade proporcional de Itaperuna mostra que até no ano 2000 o município estava no 2º. nível da RMP, ou seja, 50 a 75% dos óbitos da população ocorriam em pessoas com 50 anos ou mais. A partir de 2001 este percentual manteve-se acima de 75%, alcançando o 1º. nível da RMP, o que sugere uma melhoria da estrutura de saúde no município.

QUADRO 7. Coeficiente de Mortalidade Proporcional por Faixa Etária – Itaperuna

FAIXA ETÁRIA	1997 %	1998 %	1999 %	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %
0-1 ano	4,67	7,15	5,36	4,97	3,33	3,14	3,93	3,3
1-4 anos	0,77	0,89	0,60	1,24	0,15	0,47	0	0,14
5-19 anos	2,18	2,09	1,64	1,71	2,43	1,73	2,57	1,51
20-49 anos	21,93	19,82	20,27	19,88	18,94	17,42	18,16	18,40
50 anos ou +	70,45	70,05	72,13	72,20	75,15	77,24	75,34	76,65

Fonte: SINASC/SIM – DATASUS – SES/RJ

GRÁFICO 10. Curva de Mortalidade Proporcional de Itaperuna, por biênios – 1997 a 2004.



Fonte: SIM – DATASUS – SES/RJ

As curvas de mortalidade proporcional são construídas com base nos dados dos óbitos segundo a faixa etária. O gráfico apresenta uma forma que parece um “jota” e quanto mais parecido com esse formato melhor o nível de saúde da população estudada. Itaperuna apresenta uma curva tipo IV em “jota” que representa um nível de saúde elevado, com predomínio de óbitos em pessoas mais velhas.

- **Coefficiente de Mortalidade Infantil:** é a medida direta do risco real de morte em crianças no primeiro ano de vida. Associado com outros indicadores, representa uma importante medida indireta do desenvolvimento sócio-econômico global de determinada população, visto que os óbitos infantis sofrem influência direta dos fatores sociais. É dividido em mortalidade neonatal (óbitos ocorridos em menores de 28 dias de vida) e mortalidade infantil tardia (de 28 dias a 11 meses e 29 dias). A divisão é importante na detecção dos fatores que influenciam nos óbitos. A mortalidade neonatal está relacionada à

assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém nascido, enquanto a mortalidade infantil tardia é mais influenciada por fatores ambientais e infecciosos. Itaperuna apresentou uma queda progressiva da mortalidade no período de 1997 a 2002, apresentando uma elevação do índice a partir de 2003, principalmente devido aos óbitos neonatais e óbitos por causas, em sua maior parte, redutíveis, sinalizando para a necessidade de uma intervenção na assistência à saúde da mulher e da criança.

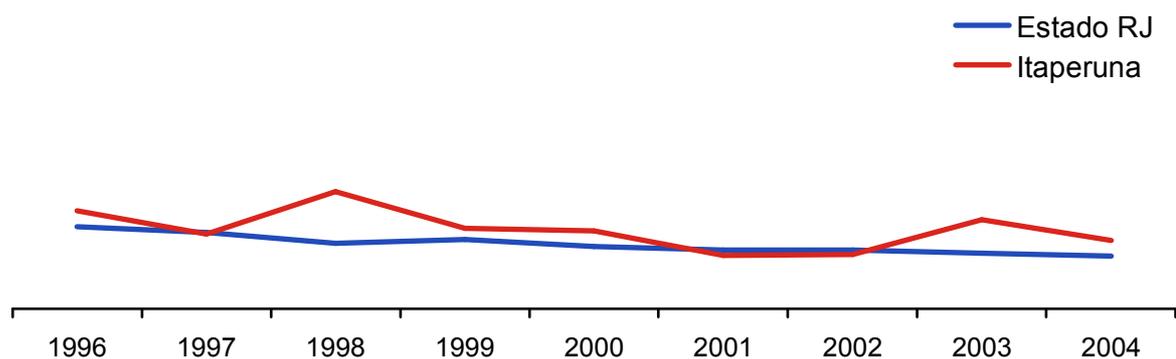
A análise mostra que no grupo de crianças menores de 1 ano as principais causas de óbito foram as afecções originadas no período perinatal, más formações congênitas, doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias. Nota-se que a maioria dos óbitos poderia ser evitada com um adequado pré-natal, assistência ao parto e ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce das doenças prevalentes na infância. A assistência à criança no município não está bem estruturada, os médicos que atuam nas Unidades de Saúde da Família não realizaram capacitação para atender esta clientela, estando o atendimento centralizado no Centro Municipal de Saúde, que atualmente encontra-se com número reduzido de pediatras. Outro fator relevante seria a falta de um serviço de pronto atendimento estruturado, gerando uma dificuldade de resolutividade dos casos que necessitam de cuidados mais imediatos, além de internações por patologias que poderiam receber tratamento ambulatorial, ocupando um leito que poderia ser usado por outra criança que realmente necessitasse de cuidados mais especializados.

QUADRO 8. Coeficiente de Mortalidade Infantil e seus componentes – Itaperuna e Estado do Rio de Janeiro – 1996 a 2004

‰		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
CMNNp	Estado RJ	13,49	12,51	10,82	11,40	10,23	9,67	9,64	9,09	8,69
	Itaperuna	16,13	12,26	19,28	13,23	12,80	8,79	8,98	14,63	11,21
CMNN	Estado RJ	16,85	16,16	14,12	14,94	13,60	12,76	12,54	12,18	11,68
	Itaperuna	19,23	14,19	19,95	14,49	16,85	10,99	9,73	18,48	16,01
CMIT	Estado RJ	8,96	7,59	7,44	6,31	6,11	5,44	5,11	5,35	5,39
	Itaperuna	4,96	5,16	11,30	8,19	4,71	5,13	5,24	1,54	3,20
CMI	Estado RJ	25,82	23,82	21,67	21,28	19,71	18,20	17,65	17,53	17,07
	Itaperuna	24,19	19,35	31,91	22,68	21,56	16,12	14,97	20,02	19,01

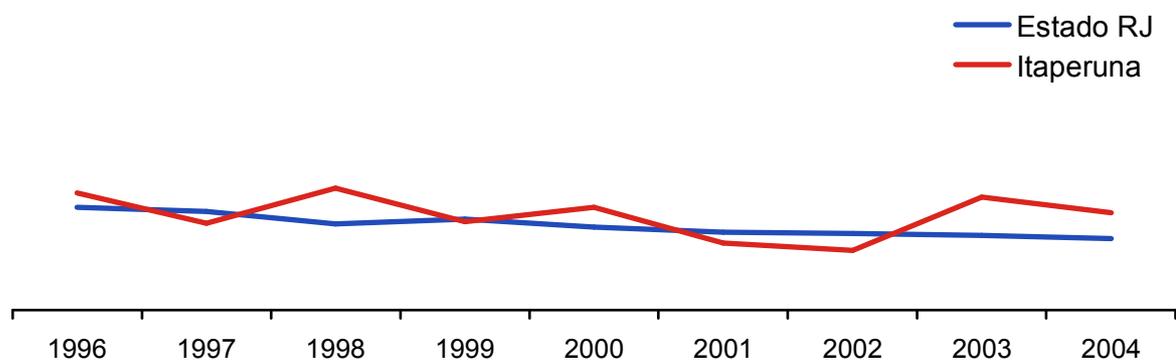
Fonte: SINASC/SIM – DATASUS – SES/RJ

GRÁFICO 11. CMNNp – Itaperuna e Estado do Rio de Janeiro – 1996 a 2004.



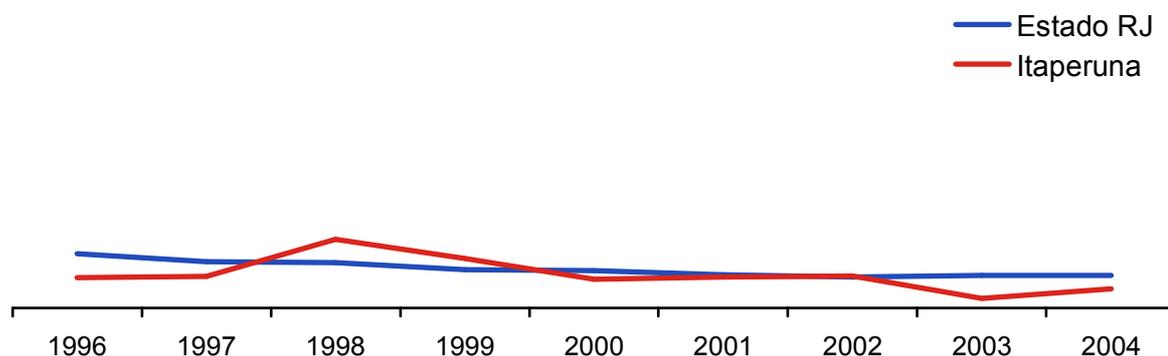
Fonte: SINASC/SIM – DATASUS – SES/RJ

GRÁFICO 12. CMNN – Itaperuna e Estado do Rio de Janeiro – 1996 a 2004.



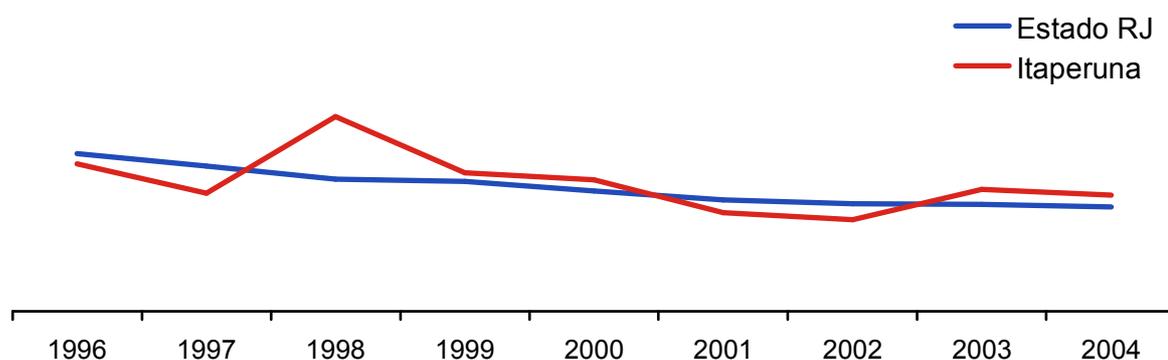
Fonte: SINASC/SIM – DATASUS – SES/RJ.

GRÁFICO 13. CMI – Itaperuna e Estado do Rio de Janeiro – 1996 a 2004.



Fonte: SINASC/SIM – DATASUS – SES/RJ

GRÁFICO 14. CMI – Itaperuna e Estado do Rio de Janeiro – 1996 a 2004.



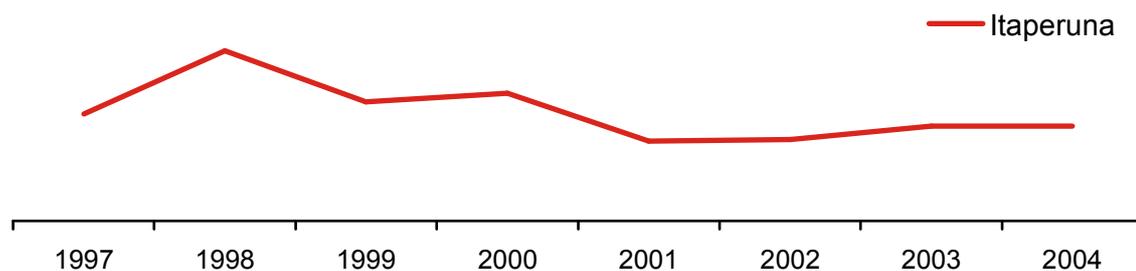
Fonte: SINASC/SIM – DATASUS – SES/RJ

- **Taxa de mortalidade de Menores 5 anos:** representa a probabilidade de morte entre o nascimento e os 5 anos de idade. Segundo a UNICEF, o CMM5 é um índice capaz de refletir as condições de saúde das crianças e da sociedade como um todo. Portanto, é ligado diretamente a programas específicos de vacinação, suporte nutricional, Terapia de Rehidratação Oral, condições sanitárias básicas, dentre outros. Em Itaperuna, o CMM5 dos últimos anos encontrava-se em declínio até 2002, mantendo na faixa de CMM5 média. No biênio 2003/2004 houve um aumento decorrente da elevação do número de óbitos em menores de 1 ano. A mortalidade no pré-escolar (1 a 4 anos) vem apresentando uma redução ao longo dos anos e atualmente Itaperuna encontra-se com uma média de óbitos abaixo da constatada na região sudeste que foi em torno de 5 óbitos/1000 nascidos vivos, na década de 90.

QUADRO 9. Coeficiente de Mortalidade Infantil de Menores de 5 anos – Itaperuna

%o	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
CMM5	22,58	35,90	25,20	26,95	16,85	17,21	20,02	20,02

GRÁFICO 15. CMM5 – Itaperuna – 1997 a 2004



Fonte: SINASC/SIM – DATASUS – SES/RJ

- **Mortalidade por Causas nas Outras Faixas Etárias:** este indicador mostra a causa específica ao qual a população está exposta.

QUADRO 10. Mortalidade por Grupo de Causas (%) – Itaperuna

ANO	DOENÇAS AP. CIRCULATORIO	DOENÇAS NEOPLÁSICAS	DOENÇAS AP. RESPIRATÓRIO	CAUSAS EXTERNAS	DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS METABÓLICAS
1997	34,30	15,47	13,78	11,64	5,97
1998	33,93	15,62	16,22	8,04	6,40
1999	36,66	17,44	11,33	9,99	5,22
2000	37,42	18,94	11,49	8,85	5,12
2001	37,25	16,14	12,07	10,26	4,68
2002	36,58	16,01	15,85	8,16	4,24
2003	34,49	16,94	15,43	9,08	5,29
2004	38,99	16,42	14,23	7,11	4,65

Fonte: SIM – DATASUS – SES/RJ

QUADRO 11. Principais Causas de óbito por faixa etária – Itaperuna – 1997 a 2004.

FAIXA ETÁRIA DE 0 A 1 ANO DE VIDA					
CLASSIFICAÇÃO	1ª.	2ª.	3ª.	4ª.	5ª.
CAUSAS	Afecções originadas no período perinatal	Mal formações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Doenças do aparelho respiratório	Doenças infecciosas	Doenças do sistema nervoso
FAIXA ETÁRIA DE 1 A 4 ANOS DE VIDA					
CAUSAS	Doenças do aparelho respiratório	Doenças infecciosas e parasitárias	Causas externas	Doenças do sistema nervoso	Causas endócrinas e metabólicas
FAIXA ETÁRIA DE 5 A 19 ANOS DE VIDA					
CAUSAS	Causas externas	Doenças Aparelho respiratório	Doenças infecciosas e parasitárias	Doenças aparelho circulatório	Neoplasias
FAIXA ETÁRIA DE 20 A 49 ANOS DE VIDA					
CAUSAS	Causas externas	Doenças aparelho circulatório	Neoplasias	Doenças aparelho respiratório	Causas endócrinas e metabólicas
FAIXA ETÁRIA DE 50 ANOS OU MAIS DE VIDA					
CAUSAS	Doenças aparelho circulatório	Neoplasias	Doenças aparelho respiratório	Causas endócrinas e metabólicas	Doenças aparelho digestivo

Fonte: SINASC/SIM – DATASUS – SES/RJ

Como dito anteriormente, a análise mostra que no grupo de crianças menores de 1 ano as principais causas de óbito foram as afecções originadas no período perinatal, seguida de mal formações congênitas, doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias. Reforça-se, assim, que a maioria dos óbitos poderiam ser evitadas com um adequado pré-natal, assistência ao parto e ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces.

A mortalidade no pré-escolar (1 a 4 anos) vem apresentando uma redução ao longo dos anos e atualmente Itaperuna encontra-se com uma média de óbitos abaixo da constatada na região sudeste que fica em torno de 5 óbitos/1000 nascidos

vivos, na década de 90. As doenças do aparelho respiratório ainda aparecem como a principal causa de óbito.

A faixa etária de 5 a 19 anos mostra as causas externas com lugar de destaque, principalmente agressão por armas de fogo. Este índice revela a falta de preocupação com os riscos pessoais e a violência urbana, comprovada pela maior incidência de óbitos no sexo masculino, que é mais exposto aos fatores de risco.

No grupo de 20 a 49 anos prevalecem maior incidência do infarto agudo do miocárdio e as causas externas.

Os óbitos no grupo de 50 anos ou mais predominam as doenças cardiovasculares, seguidas das neoplasias e doenças do aparelho respiratório.

- **Coeficiente de Mortalidade Materna:** são ocorridas por complicações da gravidez, parto e puerpério. É um excelente indicador de saúde, já que 97% das mortes são consideradas evitáveis. Ocorre por falta de condições adequadas na assistência à saúde da mulher e serve de evento sentinela para indicar a qualidade dos serviços prestados. No biênio 2003/2004 ocorreram 2 mortes maternas em 2.548 nascidos vivos no município.
- **Cobertura Vacinal:** as estatísticas mostram que houve uma melhora gradativa e constante do percentual de crianças totalmente imunizadas com as vacinas do Programa Nacional de Imunização.

QUADRO 12. Cobertura vacinal em menores de 1 ano, segundo imunoprevenível, no período de 2001 a 2004, em Itaperuna.

IMUNO	2001	2002	2003	2004
BCG	91,74	97,16	92,22	100,82
Contra Hepatite B (HB)	88,45	95,89	88,41	96,63
Oral contra poliomielite (VOP)	101,02	100,30	93,27	102,24
Tetraivalente (DTP+Hib) (Tetra)	101,54	78,46	88,18	96,93

FONTE: Programa Nacional de Imunizações.

A vacina Tetraivalente começou a ser utilizada em 2002 nos serviços públicos de saúde. Até 2001 foi utilizada a vacina Tríplice Bacteriana (DPT).

QUADRO 13. Cobertura da vacina Tríplice Viral em crianças de 1 ano, segundo imunoprevenível, no período de 2001 a 2004, em Itaperuna.

IMUNO	2001	2002	2003	2004
Tríplice Viral (SCR)	107,14	96,42	102,92	105,31

FONTE: Programa Nacional de Imunizações.

4.1.2) Dados de Morbidade

Em relação à notificação compulsória de doenças: sabe-se que, apesar da importância epidemiológica desses dados, a subnotificação no município continua ocorrendo em todos os setores que prestam serviços de saúde mostrando a necessidade de se intensificar a sensibilização desses profissionais.

Os dados relativos à morbidade hospitalar são úteis para se traçar um perfil de morbidade da população e com isso traçar estratégias de intervenção em problemas específicos. Após a análise dos dados contidos no Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS constatou-se que as causas de internações hospitalares, em todas as faixas etárias, não sofreram mudança nos últimos anos,

fato esse que levou a se fazer um consolidado dos últimos 4 anos, como será exposto a seguir.

QUADRO 14. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID em todas as faixas etárias, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.

LISTA BÁSICA DO CID		2001 a 2004
X	Doenças do aparelho respiratório	17,68
IX	Doenças do aparelho circulatório	15,37
XI	Doenças do aparelho digestivo	10,83
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	10,56
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,14
XV	Gravidez, parto e puerpério	8,96
II	Neoplasias	7,62
Outras Causas		18,84
Total		100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

Ao analisar as principais causas de internação em todas as faixas etárias observa-se que as doenças do aparelho respiratório lideram, seguidas das doenças do aparelho circulatório e digestivo.

QUADRO 15. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID em menores de 01 ano, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.

LISTA BÁSICA DO CID		2001 a 2004
X	Doenças do aparelho respiratório	48,93
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	25,82
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	17,15
XI	Doenças do aparelho digestivo	2,02
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1,63
Outras Causas		0,05
Total		100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

Em relação à morbidade hospitalar em menores de 1 ano nota-se que as doenças do aparelho respiratório representam quase a metade das internações, seguidas de doenças infecciosas e parasitárias e afecções do período perinatal, como representado abaixo. Nota-se que a maior parte das internações são por causas evitáveis fortalecendo a necessidade de intervenção na Atenção Básica.

QUADRO 16. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 1 a 4 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.

LISTA BÁSICA DO CID		2001 a 2004
X	Doenças do aparelho respiratório	51,16
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	34,14
XI	Doenças do aparelho digestivo	3,20
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	3,10
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	1,73
Outras Causas		6,67
Total		100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

Na faixa etária de 1 a 4 anos as doenças do aparelho respiratório continuam representando a metade das internações, seguidas de doenças infecciosas e parasitárias, as duas totalizando 85,3% das internações. É sabido que grande parte destas internações poderiam ser evitadas com medidas simples e de baixo custo, com acompanhamento ambulatorial.

QUADRO 17. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 5 a 9 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.

LISTA BÁSICA DO CID		2001 a 2004
X	Doenças do aparelho respiratório	40,94
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	29,11
XI	Doenças do aparelho digestivo	8,37
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	6,09
XIX	Lesões, envenenamentos e outras causas externas	3,67
XIV	Doenças do aparelho genitourinário	2,35
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1,66
Outras Causas		7,81
Total		100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

Nas crianças de 5 a 9 anos as causas principais permanecem as mesmas, com destaque para pneumonia, asma e doenças diarreicas.

QUADRO 18. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 10 a 14 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.

LISTA BÁSICA DO CID		2001 a 2004
X	Doenças do aparelho respiratório	27,65
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20,94
XI	Doenças do aparelho digestivo	9,80
XIX	Lesões, envenenamentos e outras causas externas	9,53
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	5,10
IX	Doenças do aparelho circulatório	4,70
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4,16
Outras Causas		18,12
Total		100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

De 10 a 14 anos o número de internações reduz, porém nos casos ocorrentes permanecem as doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias como causas principais. Aqui já se registra a ocorrência de internação devido a gravidez, parto e puerpério.

QUADRO 19. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 15 a 19 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.

LISTA BÁSICA DO CID		2001 a 2004
XV	Gravidez, parto e puerpério	46,26
XI	Doenças do aparelho digestivo	11,23
XVI	Doenças do aparelho genitourinário	9,84
X	Doenças do aparelho respiratório	7,13
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,19
XIX	Lesões, envenenamentos e outras causas externas	4,23
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2,48
Outras Causas		13,64
Total		100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

A partir dos 15 anos ocorre uma mudança no perfil de morbidade, prevalecendo internações por gravidez, parto e puerpério, seguida de doenças do aparelho digestivo e geniturinário. Aqui predominam as internações no sexo feminino na proporção de 4/1. Este perfil prevalece dos 15 aos 29 anos de idade como exposto a seguir.

QUADRO 20. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 20 a 29 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.

LISTA BÁSICA DO CID		2001 a 2004
XV	Gravidez, parto e puerpério	33,48
XVI	Doenças do aparelho geniturinário	15,72
XI	Doenças do aparelho digestivo	12,35
II	Neoplasias	9,27
X	Doenças do aparelho respiratório	5,68
XIX	Lesões, envenenamentos e outras causas externas	3,79
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,71
Outras Causas		16,00
Total		100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

QUADRO 21. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 30 a 39 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.

LISTA BÁSICA DO CID		2001 a 2004
XVI	Doenças do aparelho geniturinário	19,97
XI	Doenças do aparelho digestivo	14,75
II	Neoplasias	13,41
XV	Gravidez, parto e puerpério	9,97
IX	Doenças do aparelho circulatório	8,55
V	Transtornos mentais e comportamentais	6,69
X	Doenças do aparelho respiratório	5,75
Outras Causas		20,91
Total		100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

O perfil de morbidade hospitalar se modifica a partir dos 30 anos, onde passa a prevalecer as doenças do aparelho geniturinário, do aparelho digestivo e neoplasias. Nesta faixa etária, no sexo masculino, é importante sinalizar para a alta ocorrência de internação por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool.

QUADRO 22. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 40 a 49 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.

LISTA BÁSICA DO CID		2001 a 2004
IX	Doenças do aparelho circulatório	18,45
XIV	Doenças do aparelho genitourinário	16,61
XI	Doenças do aparelho digestivo	15,26
II	Neoplasias	12,28
V	Transtornos mentais e comportamentais	7,76
X	Doenças do aparelho respiratório	7,64
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,80
Outras Causas		17,20
Total		100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

A partir dos 40 anos o número de internações começa a aumentar com predomínio das doenças do aparelho circulatório, geniturinário, digestivos e neoplasias. As causas específicas nesta faixa etária dependem do sexo, sendo a maior prevalência de internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao abuso do uso do álcool no sexo masculino. Em relação ao sexo feminino predominam as internações por leiomioma uterino, prolapso genital e veias varicosas nos membros inferiores. Nota-se aqui a necessidade de programas específicos na abordagem ambulatorial, principalmente em relação ao abuso do álcool.

QUADRO 23. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária de 50 a 59 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.

LISTA BÁSICA DO CID		2001 a 2004
IX	Doenças do aparelho circulatório	31,14
XI	Doenças do aparelho digestivo	13,90
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	10,70
II	Neoplasias	9,85
X	Doenças do aparelho respiratório	9,03
V	Transtornos mentais e comportamentais	4,68
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,33
Outras Causas		16,35
Total		100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

A partir dos 50 anos aumenta o percentual de internações, com predomínio de doenças isquêmicas do coração e insuficiência cardíaca em ambos os sexos, aparecendo como a terceira causa as hérnias inguinais no homem e as colelitíases e colecistite nas mulheres.

QUADRO 24. Principais grupos de causas de internação hospitalar por lista básica do CID na faixa etária a partir de 60 anos, no período de 2001 a 2004 – Itaperuna.

LISTA BÁSICA DO CID		2001 a 2004
IX	Doenças do aparelho circulatório	35,69
X	Doenças do aparelho respiratório	15,68
XI	Doenças do aparelho digestivo	10,05
II	Neoplasias	8,04
XV	Doenças do aparelho geniturinário	7,67
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,76
XIX	Lesões, envenenamentos, e causas externas	3,81
Outras Causas		14,30
Total		100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

A partir de 60 anos as internações são lideradas pela insuficiência cardíaca, doenças isquêmicas do coração e pneumonias, além de outras causas importantes como acidente vascular cerebral e fraturas do fêmur.

5) INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os indicadores da atenção básica são utilizados para o monitoramento e avaliação das ações e serviços da saúde referentes à atenção básica.

O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica serve de base para a construção do processo de qualificação da gestão municipal, conforme exposto na NOAS/SUS 1/2001.

A tabela a seguir representa a série histórica dos Indicadores do município de Itaperuna e a tendência esperada ao longo de sua evolução.

QUADRO 25. Série Histórica dos Indicadores do município de Itaperuna

INDICADOR	2001	2002	2003	2004	2005	TENDÊNCIA ESPERADA
SAÚDE DA CRIANÇA						
Número absoluto de óbitos em menores de 1 ano	22	20	26	24	19	↓
Coefficiente de Mortalidade Infantil	16,1	15,0	20,0	19,0		↓
Proporção de nascidos-vivos com baixo peso ao nascer	8,1	8,5	7,6	7,9		↓
Taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos	68,0	88,0	79,6	76,0	81,0	↓
Taxa de internação por doença diarreica aguda em menores de 5 anos	41,2	28,3	47,3	46,0	50,6	↓
Número absoluto de óbitos neonatais tardios	3	1	5	6	3	↓
Coefficiente de Mortalidade Neonatal Tardia	2,2	0,8	3,8	4,8		↓
SAÚDE DA MULHER						
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	93,9	93,6	96,2	94,2	94,2	↗
Razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	-	0,12	0,05	0,14	0,10	↗
Razão de Mortalidade Materna	-	149,5	-	160,12	-	↓
Proporção de partos cesáreos	60,8	62,0	67,1	70,1	70,2	↓
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	75,9	66,1	72,4	58,8	48,1	↗
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL						
Taxa de internações por acidente vascular cerebral	51,6	49,7	37,4	39,5	51,2	↓
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva	134,2	114,7	103,1	111,1	121,7	↓
Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados	-	16,6	21,4	21,2	20,8	↗
CONTROLE DA DIABETES						
Proporção de internações por complicações do diabetes mellitus	1,1	1,2	1,0	1,0	1,5	↓
Proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados	-	11,1	15,0	14,8	14,5	↗
CONTROLE DE TUBERCULOSE						
Proporção de abandono de tratamento de tuberculose	-	14,8	7,6	9,1	9,1	↓
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	22,8	32,8	29,1	23,3	19,5	↓

INDICADOR	2001	2002	2003	2004	2005	TENDÊNCIA ESPERADA
Eliminação da Hanseníase						
Coefficiente de prevalência de hanseníase	-	-	-	-	-	↓
Coefficiente de detecção de casos novos de hanseníase	-	-	-	-	3,0	↓
Saúde Bucal						
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	14,9	11,8	10,8	8,6	8,8	↗
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	2,2	1,9	1,7	1,4	1,2	↗
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	4,6	5,4	7,1	10,9	11,6	↓
GERAIS						
Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família	29,6	39,1	39,6	41,5	45,4	↗
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	2,31	2,09	2,23	2,18	1,90	↗
Média mensal de visitas domiciliares por família	0,51	0,48	0,66	0,56	0,64	↗

Fonte: MS/SAS/DAB – DATASUS – SES/RJ

A análise dos indicadores na tabela acima mostra a seguinte evolução dos indicadores de Itaperuna:

- **Saúde da Criança:** todos os indicadores deste item mostram uma tendência à diminuição de seus valores. A situação do município em relação a todos os indicadores mostrou-se desfavorável, com uma elevação progressiva. Isto confirma as falhas no modelo de Atenção à Saúde da Criança e sinaliza para a necessidade de intervenção urgente no setor materno infantil.
- **Saúde da Mulher:** a assistência ao pré-natal mostra uma tendência mais ou menos mantida em relação à proporção de nascidos vivos com 4 ou mais consultas e uma diminuição da proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas ao longo dos anos, retratando a necessidade de melhoria na

assistência ao pré-natal. A proporção de partos cesáreos vem apresentando um aumento ao longo do período, chegando a representar mais de 70% dos partos de mulheres residentes no município. A razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária também necessita ser ampliada. Mais uma vez constata-se a necessidade de melhoria na assistência à saúde da mulher.

- **Controle de hipertensão arterial:** tanto a taxa de internação por acidente vascular cerebral quanto por insuficiência cardíaca congestiva apresentou uma queda seguida de novo aumento, assim como não houve aumento na proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados. Novamente encontramos falhas na assistência básica.
- **Controle da Diabetes:** Proporção de internações por complicações do diabetes mellitus apresentou uma queda ao longo de 4 anos voltando a aumentar no último ano. e uma estabilização nos últimos 3 anos. A proporção de portadores de diabetes cadastrados apresentou um aumento seguido de estabilização desta proporção nos últimos anos.
- **Controle da Tuberculose:** este foi o indicador que evoluiu de acordo com a tendência esperada, apresentando uma queda na proporção de abandono do tratamento e diminuição da taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva.
- **Eliminação da Hanseníase:** não foi possível avaliar os indicadores
- **Saúde Bucal:** mais uma vez o município apresenta uma tendência contrária em relação a todos os indicadores, sinalizando a necessidade de adequações do modelo assistencial.
- **Gerais:** a proporção da população coberta pelo PSF aumentou ao longo do período, porém houve também uma redução da média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas. A média mensal de visitas domiciliares por família apresentou uma pequena oscilação entre aumento e queda.

A partir dos dados relacionados acima pôde-se concluir que o município apresenta uma deficiência em toda a sua assistência básica, sinalizando para a necessidade de sensibilização do gestor municipal no sentido de priorizar na agenda de saúde de Itaperuna as intervenções necessárias à melhoria das condições da assistência à atenção primária. Até a presente data é clara a priorização da assistências de maior complexidade em todos os setores de saúde do município.

Espera-se que o próximo capítulo, que irá avaliar o Programa de Saúde da Família, aponte para um cenário de mudança do modelo assistencial, com uma tendência à valorização da atenção de baixa complexidade.

CAPÍTULO III

A AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ITAPERUNA

1) QUESTÕES METODOLÓGICAS

1.1) Abordagem da Metodológica

A avaliação das ações no campo da saúde torna-se cada vez mais importante para que se possa aferir as ações e programas desenvolvidos e nortear os gestores para as necessidades de intervenções específicas a cada programa.

A avaliação do PSF não é tarefa fácil de se realizar devido a sua natureza complexa, multifacetada e abrangente, onde é clara a necessidade do comprometimento de gestor local, a adequação das diretrizes nacionais do programa, além da mudança no perfil dos profissionais da saúde nele envolvidos.

A metodologia de pesquisa baseia-se de um lado numa análise qualitativa com um estudo empírico com base nos questionários em anexo direcionados aos profissionais do programa e entrevistas com gestores locais, e de outro, quantitativa com a busca de resultados de produção do programa através de estatísticas do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

A realização de uma pesquisa, sob os pontos de vista da avaliação tanto do quesito científico quanto do prático reporta várias interfaces do recorte real. Segundo Bourdieu (in Hartz) *“a multiplicidade de formas de definir as abordagens, dimensões e atributos para a avaliação refletem, em alguma medida, as escolhas teóricas dos autores que são tantas quantos os possíveis “pontos de vista” que correspondem a posições que os autores ocupam no espaço social e campos a que pertencem sua forma ação intelectual e trajetória social”* (HARTZ, 2005).

Pós-graduada em Saúde da Família despertei para o interesse em buscar conhecimentos sobre a Atenção Básica municipal com o objetivo de levantar

questões que possam favorecer a gestão local no entendimento dos nós críticos, no enfrentamento e busca de soluções para a melhoria das condições de saúde dos munícipes. O que me reforçou este ideal foi a certeza de que a saúde da criança é um indicador direto não apenas das condições de saúde da mulher como também das condições sócio-econômicas e sanitárias das comunidades. Itaperuna tem hoje um Índice de Mortalidade Infantil acima da média do Estado do Rio de Janeiro, o que reforça a necessidade rápida de intervenções em áreas básicas.

Baseando-se na literatura sobre a teoria de avaliação e pesquisa social desenvolvida pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP, 2000) tomou-se por base para análise das variáveis pertinentes ao estudo literaturas como “Avaliação da Atenção Primária” de Bárbara Starfield (2002), o “Manual de Implementação do Programa de Saúde da Família” do Ministério da Saúde (2002) e o “Manual de Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família” do Ministério da Saúde (2004), dentre outras fontes bibliográficas citadas nas referências. Com base nos critérios de avaliação utilizados nestes estudos, formularam-se os questionários de avaliação do PSF de Itaperuna. Estes questionários abordam questões relativas às estruturas do sistema de prestação de serviços e serão dirigidos aos membros das Equipes de Saúde da Família, atores institucionais, e a complementação com dados quantitativos sobre resultados alcançados pelo programa, com busca de dados em fontes oficiais gerados e alimentados periodicamente pela instituição que implementa o programa. A presente pesquisa tem o objetivo de avaliar a implantação do PSF de Itaperuna, além da estrutura das USF, a gestão interna das unidades, o processo de trabalho e capacitação das ESF, além do desempenho das equipes avaliadas sob o ponto de vista dos próprios integrantes. (NEPP – UNICAMP Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil/ Modelo de Avaliação de Programas Sociais Prioritários, 2005).

A pesquisa retrata uma avaliação de parte da estrutura e do processo dos serviços de saúde prestados pelo PSF local. Ao término deste estudo tem-se a expectativa de se obter dados relativos ao PSF de Itaperuna quanto à sua implantação, cobertura populacional, gestão interna e processo de trabalho. Estes dados servirão de objeto de apreciação e análise de técnicos e gestores e poderão

ser usados como base no processo de avaliação e intervenção em prováveis nós críticos encontrados no estudo.

1.2) Sobre a Avaliação de Políticas Públicas

Ao iniciar a análise de uma política pública faz-se necessário o entendimento do processo de formulação e implementação dessas políticas para que se obtenha um resultado favorável e confiável dessas políticas.

A priori, faz-se necessário a avaliação do processo de formulação e implementação para que se analise se ambos foram articulados, visto que é de suma importância a conexão entre esses dois momentos do processo. Presume-se que após um diagnóstico prévio e um sistema adequado de informações, já na fase de implementação sejam definidas não só as metas, mas também os recursos e os prováveis entraves em sua implementação para que seja incorporada a necessidade de prováveis adequações, de acordo com o local de implantação, o momento e os atores políticos envolvidos na questão. No caso do PSF de Itaperuna serão analisados dados relativos à série histórica de implantação, além do projeto de ampliação das ESF, formulado em 2001.

Segundo relatórios do NEPP sobre Modelos de Avaliação de Políticas Públicas no Brasil, as políticas públicas são elaboradas a partir de um modelo causal consistente de hipóteses e pressupostos sobre determinados fenômenos sociais que nem sempre retratam a realidade ao qual serão utilizados. (NEPP – UNICAMP 100,2005)

Ao analisar o Programa de Saúde da Família deve-se pensar no que foi exposto acima baseado nas seguintes questões:

- O PFS foi criado pelo Ministério da Saúde, portanto, ao nível da esfera federal resguardando assim a necessidade de adequação a cada região do País, já que a diversidade econômica e cultural é muito diversa.

- É um programa que depende do comprometimento e da agenda política local para sua implementação, que acontecerá de acordo com o interesse dos atores políticos e as necessidades locais.
- O perfil local sofrerá influência direta não somente dos atores políticos como também da comunidade na qual estará sendo inserido, dependendo de características inerentes aos diversos tipos de capital encontrado em cada comunidade.
- As decisões tomadas no processo de implementação sofrerão influência direta da tomada de decisão local e a sua eficácia e eficiência não dependerão somente das normas de formulação, mas principalmente dos atores locais envolvidos no processo. O PSF é visto como um processo de otimização da Atenção Básica, a partir do momento que é tido como a porta de entrada no Sistema Único de Saúde, devendo ser trabalhado como uma estratégia de intervenção aos direitos de cidadania garantidos pela Constituição Federal.
- A participação comunitária é, também, de fundamental importância para o desempenho das equipes de saúde da família, devendo ser considerada parte integrante e ativa no processo de funcionamento do programa.

A avaliação do PSF de Itaperuna deve levar em consideração o momento político de sua implantação, os atores e interesses políticos envolvidos e sua evolução desde o início da sua implantação. Para isso serão considerados variáveis analíticas relacionadas às necessidades da Atenção Básica, além das suas interfaces com a comunidade em questão.

O PSF, assim como a maioria das políticas públicas brasileiras, depende da interação dos vários níveis de governo, e, apesar de ter sua formulação determinada pela esfera nacional, tem sua implantação pautada por regras democráticas e adaptadas a cada realidade regional. Portanto, o processo de avaliação desta política deve ser pautado não somente em observância aos seus princípios básicos, mas também dando a real importância aos interesses, as metas e aos objetivos

priorizados ao nível municipal, levando em consideração o diagnóstico local. A partir deste diagnóstico local serão definidas as prioridades de intervenção, podendo haver a necessidade de adaptações dos objetivos do programa original. Vale aqui ressaltar a importância de se conhecer as características do município avaliado, pois isso influenciará de maneira direta a dinâmica do programa. O município objeto de estudo neste trabalho é de pequeno porte, localiza-se no interior e tem suas características gerais e específicas muito semelhantes em toda sua extensão. Portanto, a análise de parte do Programa de Saúde da Família trará um retrato bastante fidedigno do programa total do município visto que a realidade local de uma comunidade local diferir muito pouco das outras, diferente do que ocorre em grandes centros urbanos.

Assim, pode-se partir do pressuposto que o sucesso deste programa está diretamente relacionado ao comprometimento do gestor local e das Equipes de Saúde da Família. Neste processo de implantação local pode haver a distorção das reais necessidades da comunidade local, em detrimento de barganhas com a busca de vantagens e interesses políticos, que possam ter uma maior probabilidade de aceitação naquele cenário político.

Outro dado relevante seria o incentivo financeiro repassado ao município e a visão do gestor em relação ao programa, que deve ser visto como investimento e não custo para a receita local.

A avaliação de programas públicos teria como principal objetivo avaliar a efetividade desses programas e entender os processos específicos que levaram ao resultado alcançado. Isto seria importante para a tomada de decisão da continuidade ou não de um determinado programa, além de avaliar a qualidade e a transparência na gestão dos recursos públicos a nível intra e inter-organizacional. (NEEP – UNICAMP 102,2005)

Para se avaliar uma política pública é necessário o uso de técnicas e metodologias largamente reconhecidas pelas pesquisas sociais para que se tenha um resultado satisfatório e confiável, podendo-se usar métodos já utilizados em pesquisas anteriores com as necessárias adaptações às especificidades da nova pesquisa.

A - População

A população de estudo foi composta por Unidades de Saúde da Família do município de Itaperuna e pelos profissionais do programa.

Foram visitadas 05 Unidades de Saúde da Família, perfazendo um total de 31,25% das unidades do município.

B - Procedimento de Coleta de Dados

A coleta dos dados se deu através de entrevistas a profissionais ligados a gestão local e levantamento de dados relativos à saúde e atenção básica relativas ao período de 1997 a 2005, com a busca de dados estatísticos no banco de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB/Itaperuna e dados obtidos do Plano Municipal de Saúde dos anos de 2002/2005 e 2006/2009, para que fosse traçado um perfil da evolução da assistência à saúde em Itaperuna, conforme mostrado na caracterização do município, no 2º capítulo. Este capítulo traz um levantamento do Programa de Saúde da Família com relação às características desde sua implantação, as metas do município em relação ao programa, além de uma análise relativa à sua produção para avaliação global do atendimento à comunidade por ele assistida.

A população de estudo foi composta por 05 equipes de Saúde da Família implantadas no município e cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica.

O coordenador do Programa e os responsáveis por cada USF, que responderam os questionários de avaliação foram informados sobre a realização da pesquisa e solicitados a colaborarem com a mesma. Esta informação foi transmitida por meio de comunicação verbal.

Para realização da coleta de dados relativos ao programa foram utilizados questionários aplicados ao Coordenador geral do programa e aos profissionais das equipes de saúde da família, em cinco unidades de PSF deste município, além da

observação direta do entrevistador. O anexo I foi respondido pelo enfermeiro das ESF, o anexo II pelo Coordenador do programa e o anexo III pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, 02 ACS de cada uma das 5 USF e também pelo dentista na USF da zona rural.

O critério de escolha das unidades onde seriam aplicados os questionários foi baseada na área de localização das USF, sendo 01 da área rural e 04 da área urbana, o tempo de funcionamento das equipes, sendo incluída a USF mais antiga, que corresponde também àquela localizada na área de maior vulnerabilidade social e de maior conflito social, sendo uma área onde a violência, a prostituição e as drogas, dentre outros problemas, ocorrem com alta frequência, se comparado às outras unidades. Também foi levado em consideração a facilidade de obtenção das informações, assim como a confiabilidade, pelos responsáveis pelas equipes, no caso, o enfermeiro.

C – Instrumentos de Investigação

Os instrumentos de coleta de dados e questionários de avaliação foram compostos de questões para entrevistas com profissionais que atuam no programa e quesitos para serem respondidos pelo próprio entrevistador, após observação direta, dividido nas seguintes partes:

- Identificação da equipe;
- Implantação da equipe: tempo de funcionamento, cobertura populacional (adscrição da população);
- Infra-estrutura da unidade básica de saúde da família: área física, equipamentos, insumos e medicamentos;
- Processo de trabalho das equipes: atividades e ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem a equipe, utilização do sistema de informação da atenção básica, participação no Conselho de Saúde;

- Acesso aos serviços e procedimentos de referência: apoio diagnóstico, serviços ambulatoriais, pronto-atendimento, internação hospitalar;
- Recursos humanos: carga horária, vínculo contratual, acesso a capacitações.

D – Definição das Variáveis

A descrição das variáveis avaliadas pode ser obtidas pela consulta dos questionários que se encontram nos Anexos deste trabalho.

Os questionários foram aplicados em 05 USF do município. As variáveis a serem coletadas para análise, podem ser encontradas nos anexos de I a III, conforme descrição a seguir:

- **Anexo I:** Contém questionário para avaliação da implantação do PSF e a estrutura das unidades básicas – será respondido por um funcionário responsável pela USF.
- **Anexo II:** Contém questionário para avaliação da gestão interna da USF, do processo de trabalho, capacitação e serviços de apoio das USF. Neste caso, pretende-se avaliar a gestão da USF pesquisada, e não a gestão do programa em questão.
- **Anexo III:** Contém questionário de avaliação de desempenho por parte dos membros da equipe do PSF: a ser respondido pela (o) enfermeira (o) da unidade de saúde, pelo médico, pelo dentista, por um profissional de nível médio da equipe e pelos agentes comunitários de saúde.

A seguir, apresenta-se um quadro com uma descrição sumária das variáveis a serem analisadas no estudo.

QUADRO 26. Descrição sumária das variáveis a serem avaliadas.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS VARIÁVEIS	
A – Característica da implantação do PSF no município de Itaperuna e a estrutura das USF	
Tempo de implantação das USF	Tempo de funcionamento das ESF em meses, independente do cadastramento no SIAB
Adscrição populacional	Número de famílias ou pessoas adscritas àquela USF
Área de atuação das ESF	Área urbana ou rural
Estrutura física das unidades	Existência de consultório médico Existência de consultório para equipe de enfermagem Existência de consultório odontológico Existência de outro consultório odontológico na área de abrangência da USF Existência de sala de grupo e reuniões Existência de sala de imunização Existência de farmácia
Disponibilidade de equipamentos básicos	Tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança infantil e adulto, oftalmoscópio, otoscópio, glicosímetro, nebulizador, geladeira exclusiva para vacinas.
Disponibilidade de equipamentos de uso ginecológico	Espéculo, mesa ginecológica, foco, estetoscópio de Pinard, sonar.
Disponibilidade de equipamentos odontológicos	Cadeira odontológica, refletor, mocho, unidade auxiliar, estufa, autoclave, aparelho fotopolimerizados, compressor, instrumental para exame clínico, instrumental para exame periodontal.
Disponibilidade de materiais para procedimentos de baixa complexidade	Materiais descartáveis, material para retirada de pontos, material para pequenas cirurgias.
Disponibilidade de medicamentos da farmácia básica	Analgésicos, antitérmicos, broncodilatadores, antibióticos, antihipertensivos, antiinflamatórios, corticóide para uso tópico, anticonvulsivante, cardiotônicos, diuréticos, antibióticos para uso tópico
B – Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família	
Número de consultas realizadas em uma semana por especialidade básica	Consultas em Clínica Médica Consultas em Ginecologia e Obstetria Consultas em Pediatria
Número de atendimentos domiciliares realizados em uma semana	Pelo médico Pelo enfermeiro Pelos Agentes Comunitários de Saúde Por outros membros da equipe
Planejamento, programação e avaliação das ações.	Reuniões internas das equipes Reuniões da equipe com a comunidade Objetivo das reuniões Critério de escolha dos temas Diagnóstico da comunidade Mapeamento da comunidade
Cuidados das ESF com as famílias atendidas pelo PSF	Ações de saúde da criança realizadas na unidade: vacinação de rotina, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em menores de 02 anos de idade, acompanhamento dos agravos prevalentes na infância, vigilância nutricional. Ações de saúde da mulher realizadas na unidade: pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino, planejamento familiar, tratamento de afecções ginecológicas.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS VARIÁVEIS	
	<p>Ações de saúde do adulto realizadas na unidade: diagnóstico e tratamento do diabetes, hipertensão arterial, hanseníase, tuberculose, cadastro e acompanhamento de doenças mentais.</p> <p>Ações em saúde bucal: atendimento de urgência, grupos prioritários, clientela específica de instituições e grupos escolares.</p> <p>Ações em vigilância epidemiológica: notificação compulsória de doenças, notificação de óbitos.</p> <p>Realização de programas e ações educativas pelos membros das ESF.</p>
C – Capacitação dos profissionais do PSF	
Treinamento Introdutório e do sistema de informação da atenção básica	Treinamento Introdutório para médicos e enfermeiros Treinamento do Sistema de Informação da Atenção Básica para médicos e enfermeiros
Capacitação em saúde da criança	Capacitação em Imunização para médicos e enfermeiros Capacitação em AIDPI
Capacitação em saúde da mulher	Capacitação em saúde da mulher Abordagem Sindrômica DST/AIDS
Capacitação em saúde do adulto	Capacitação em hipertensão arterial Capacitação em diabetes Capacitação em hanseníase Capacitação em tuberculose
D – Apoio diagnóstico e referência para atenção especializada	
Exames complementares	Patologia clínica, teste de Elisa para HIV, raios-X, eletrocardiograma, citopatologia de colo uterino, colposcopia, ultrassonografia.
Serviços especializados	Cardiologia, ortopedia, oftalmologia, psiquiatria, neurologia.
Pronto atendimento e internações	Pronto-socorro, internação hospitalar em clínicas básicas, internação hospitalar especializada.
E – Avaliação da Gestão dos profissionais do PSF	
Número de pessoal em cada ESF	Número de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, técnicos de higiene bucal, auxiliares de consultório dentário.
Tempo de permanência dos profissionais de saúde nas equipes	Tempo de trabalho em meses nas ESF
Carga horária dos profissionais das ESF	Carga horária contratada e carga horária cumpridas pelos profissionais de saúde
Modalidade de vínculo contratual e remuneração	Regime trabalhista que rege o contrato e salário mensal.
Capacitações oferecidas pelo município aos membros das ESF	<p>Treinamento Introdutório para médicos e enfermeiros</p> <p>Treinamento do Sistema de Informação da Atenção Básica</p> <p>Capacitação em Imunização</p> <p>Capacitação em AIDPI</p> <p>Capacitação em Saúde da Mulher</p> <p>Capacitação em Hipertensão Arterial</p> <p>Capacitação em Diabetes</p> <p>Capacitação Hanseníase</p> <p>Capacitação em Tuberculose</p> <p>Capacitação em Biossegurança</p> <p>Abordagem Sindrômica de DST/AIDS</p>
F – Avaliação de desempenho por parte dos membros das Equipes de Saúde da Família	

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS VARIÁVEIS	
Relação entre o entrevistado e os demais membros das ESF	Avaliar a relação entre os profissionais das ESF.
Existência de profissionais que não cumprem adequadamente suas funções dentro do programa	Avaliar se há profissionais que não cumprem suas funções de acordo com a necessidade da comunidade, e se positivo, justificar a resposta.
Relacionamento os profissionais das ESF com a comunidade assistida	Avaliar a relação existente entre os profissionais da ESF e a comunidade por eles assistida.
Avaliação do atendimento domiciliar	Avaliar o atendimento domiciliar prestado pelas ESF em cada comunidade.
Avaliar a existência de problemas na área atendida detectados pelos membros da ESF que possam ter relação com o processo saúde-doença	Pesquisar problemas em relação aos seguintes tópicos: abastecimento de água, rede de esgoto, eletricidade, acesso ao transporte público, coleta de lixo domiciliar, creches comunitárias, áreas de lazer, ensino básico, outros.

2) AVALIANDO O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ITAPERUNA

2.1) Aspectos Gerais e Políticos da Implantação

O Programa de Saúde da Família, implantado no Brasil em 1994, foi iniciado no Município de Itaperuna no ano de 1997, com o objetivo de aprimorar e consolidar as metas do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e hospitalar, transformando as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Unidades de Saúde da Família (USF), com ações básicas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças. O local de implantação da primeira Unidade de Saúde da Família, localizado na sede do município, foi escolhido em função das carências locais, por ter uma população considerada de maior risco social.

Apesar do PSF ter sua formulação implementada pelo Governo federal, sua implantação no município de Itaperuna teve uma peculiaridade, que guardou uma relação direta com o momento político. A primeira USF foi implantada com o apelido de “O médico em sua casa”. O motivo foi colocar em prática uma promessa de campanha baseada no atendimento médico domiciliar, amplamente divulgado durante a campanha para a eleição do prefeito daquele período. A estrutura de atendimento então montada privilegiava a criação de um vínculo médico-paciente,

porém, sem mostrar uma correlação deste serviço de saúde com os princípios do programa nacional – PSF. Nesse período cada equipe implantada era formada pelos agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro e por um médico pediatra e um clínico geral, cada um com carga horária de 20 horas semanais. O pediatra realizava atendimentos na unidade e nos domicílios, de acordo com a necessidade local, porém sempre atendendo a demanda espontânea ou aquela priorizada pelos ACS. O generalista atendia a clientela das outras faixas etárias, também com atendimentos com perfil de demanda semelhante ao pediatra, e sem realizar procedimentos preconizados para a saúde da mulher. Apesar da prática do atendimento domiciliar e da criação de vínculo equipe/unidade de saúde, o programa ainda não desenvolvia ações com a lógica de prevenção e promoção de saúde, além de não criar laços com a família nem desenvolver vínculos de co-responsabilidade com a comunidade assistida.

Portanto, no início do processo de implantação do “Médico em sua casa” a equipe de saúde tinha uma composição diferente daquela preconizada pelo Ministério da Saúde. A atenção não era direcionada aos cuidados e práticas de vigilância à saúde, mas focado na cura de doenças. Os princípios do PSF ainda não eram praticados e havia a manutenção de práticas curativas e intervencionistas centradas no tratamento das doenças com o médico mantendo-se o ator principal de todo o processo.

Ao analisar programas de Médico de Família de outros municípios, como por exemplo, da cidade de Niterói, observa-se que a lógica de atendimento do “Médico em sua casa” seguia diretrizes semelhantes àqueles programas, porém com uma particularidade que atendia ao interesse político do prefeito daquela gestão, que fez com que a população acreditasse estar recebendo uma prática inovadora no campo da saúde pensada e articulada exclusivamente por esse gestor, aumentando assim a credibilidade e a satisfação pelo mesmo por grande parte da população.

Com a expansão do programa e a implantação de novas unidades houve o início de uma fase de compromisso com a real meta do PSF. Os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) iniciaram o curso de Pós-graduação em Saúde da Família, na Faculdade de Medicina de Campos, com ônus do curso

custeado pela Prefeitura Municipal de Itaperuna. Neste período iniciou-se também a realização de treinamentos, através da Secretaria Estadual de Saúde, com realização do Treinamento Introdutório para Médicos e Enfermeiros das ESF, Abordagem Síndrômica de DST/AIDS, dentre outros.

Nesta fase de adequação ao programa do Ministério da Saúde foram retirados os pediatras das ESF que passaram a realizar seus atendimentos no Centro de Saúde Raul Travassos, onde funciona o atendimento das especialidades médicas.

2.2) Processo de Ampliação do Programa de Saúde da Família

Em 2000, após 03 anos de implantação da primeira Unidade de Saúde da Família o município contava com oito ESF e uma cobertura de 25% da população. A partir daí iniciou-se uma análise do PSF de Itaperuna e da população total do município que revelou uma necessidade urgente em ampliar o número de equipes e de aumentar o número de Agentes Comunitários de Saúde para se adequar as equipes e a cobertura populacional às normas do Programa. Neste período introjetou-se a real necessidade da substituição das UBS pelas USF, com o desenvolvimento de um processo de trabalho cujo eixo principal estaria centrado na Vigilância à Saúde. Assim, foi montado um cronograma de implantação de novas equipes com o objetivo de alcançar uma cobertura de 61% da população residente no município até o final do ano de 2002.

O Projeto de Ampliação do PSF de Itaperuna pontuava como principais objetivos:

- Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atendimento do Sistema Municipal de Saúde;
- Organizar e garantir o acesso aos serviços de saúde, visando o cumprimento do princípio da igualdade e integralidade;

- Trabalhar com definição do território de abrangência, com adscrição da clientela;
- Conhecer a realidade de cada família e de cada área do município, através do cadastramento e do diagnóstico epidemiológico, demográfico e social;
- Identificar as doenças prevalentes e as situações de risco ao qual a população está exposta;
- Elaborar, com a participação comunitária, um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada e espontânea, nas USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial e hospitalar;
- Humanizar o atendimento e estabelecer um bom nível de relacionamento com a comunidade;
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados;
- Divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito de cidadania.

As metas seriam:

- Implantar, no ano de 2001, 03 ESF na sede do município e 04 ESF na zona rural;
- Implantar, no ano de 2002, 02 ESF na sede do município e 02 ESF na zona rural.

QUADRO 27. Organograma de Implantação das ESF – Itaperuna.

PLANEJAMENTO DA IMPLANTAÇÃO				
Unidade Saúde Família	Ano	Pop. Bairro	Pop. Coberta PACS	Pop. Alvo
Carulas	2001	3.200 hab.	1.542 hab.	3.200 hab.
Frigorífico	2001	2.800 hab.	938 hab.	2.800 hab.
Jardim Surubi 2ª.ESF	2001	7.000 hab.	4.761 hab.	3.500 hab.
Raposo	2001	3.056 hab.	609 hab.	3.056 hab.
Retiro do Muriaé	2001	3.441 hab.	1.308 hab.	3.441 hab.
Comendador Venâncio	2001	3.645 hab.	1.745 hab.	3.600hab.
N. S. Penha	2001	2.800 hab.	612 hab.	2.800 hab.
Boa Ventura	2002	2.316 hab.	1.361hab.	2.316 hab.
Itajara	2002	1.573 hab.	1.361 hab.	1.573 hab.
Vinhosa – Guaritá	2002	3.500 hab.	1.766 hab.	3.500 hab.
CEHAB II	2002	6.500 hab.	?	3.500 hab.

Fonte: Secretaria de Saúde de Itaperuna/ Projeto de Ampliação do PSF/2001

Este cronograma servirá de base para a análise das equipes implantadas, para comparar se o mesmo foi cumprido ou se houve alteração deste projeto por alguma questão que possa ter influenciado na agenda de saúde municipal.

2.3) O Processo de Avaliação do PSF no Município

As análises apontadas a partir deste tópico serão descritas de acordo com os dados coletados em toda a pesquisa, incluindo a análise dos questionários de avaliação contidos nos anexos, aplicados em 05 USF do município, sendo 04 da área urbana e 01 da zona rural.

Os questionários de avaliação aplicados no campo terão seus dados quantitativos (anexo I) descritos na planilha referente ao anexo IV, para que possam ser analisados em conjunto. Os dados qualitativos (anexos II e III) serão utilizados para enriquecer o conteúdo da análise, não sendo necessária sua exposição na forma de planilhas.

A pesquisa buscou coletar o maior número possível de informações sobre o programa local. Não foi possível avaliar o projeto inicial de implantação do programa no município pelo fato de não ter sido localizada nenhuma cópia deste documento em nenhum setor da administração municipal. As entrevistas com atores ligados à gestão daquele momento informaram as questões já comentadas em um momento anterior neste mesmo capítulo, com a abordagem dos interesses políticos daquele momento.

2.3.1) Estrutura Física, Equipamentos e Insumos

A avaliação da estrutura física das unidades de saúde levou em consideração os seguintes itens: consultório médico, de enfermagem, odontológico, sala de grupos e reuniões, sala de imunização e farmácia.

Todas as unidades possuem pelo menos um consultório médico e um de enfermagem, o consultório dentário só existe nas unidades da zona rural, 01 unidade relata não possuir sala de grupos e reuniões e 01 não possui sala de imunização. Nenhuma unidade possui farmácia. Os medicamentos disponíveis nas unidades ficam armazenados em armários na sala de enfermagem.

Com relação à disponibilidade de equipamentos básicos nas unidades de saúde foi avaliada a existência de tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança de criança, balança de adulto, oftalmoscópio, otoscópio, glicosímetro, nebulizador e geladeira exclusiva de vacinas. Apenas uma unidade possui oftalmoscópio, uma não possui geladeira de vacinas e outra não possui glicosímetro. O restante dos equipamentos existe em quantidade suficiente, porém mínimas.

Os equipamentos de uso ginecológico pesquisados mostraram a existência de espéculos, mesa ginecológica e foco. Apenas uma unidade não possui estetoscópio de pinard e nenhuma possui sonar.

Quanto à disponibilidade dos equipamentos de uso odontológico, estes só estão disponibilizados nas USF que possuem consultório odontológico, ou seja, aquelas localizadas na zona rural.

Foram também pesquisados a disponibilidade de medicamentos da farmácia básica nas unidades de saúde sendo pesquisados os seguintes medicamentos: analgésicos/antitérmicos, broncodilatadores, antibióticos, antihipertensivos, anti-inflamatórios, corticóides para uso tópico, anticonsulsvantes, cardiotônicos, diuréticos, antibióticos para uso tópico. Nenhuma das unidades possuía todos os medicamentos básicos, chamando atenção para a falta de medicamentos de uso contínuo como antihipertensivos e cardiotônicos. A quantidade de medicamentos disponíveis não foi quantificada, levou-se em consideração apenas a sua existência no período avaliado.

2.3.2) Recursos Humanos

Com relação aos recursos humanos constatou-se que a contratação dos profissionais das equipes é efetuada através de contratos temporários, sem vínculo empregatício e sem estabilidade. A seleção dos médicos e enfermeiros é realizada através de análise de currículos e entrevistas dos candidatos com o Secretário Municipal de Saúde ou com o Coordenador do PSF, não sendo pré-requisito a especialização em Saúde da Família e ainda mostrando a prática clientelista da gestão municipal, visto que não existe a realização de concurso, nem a participação comunitária na escolha desses profissionais. A contratação dos Agentes Comunitários de Saúde é feita por indicação do gestor municipal de saúde, dos vereadores ou por intermédio de representantes das Associações de Moradores e após esse processo passam por uma capacitação-treinamento em serviço. Os auxiliares de enfermagem são remanejados dentro da própria rede de serviços de saúde.

O financiamento das equipes envolve recursos federais, estaduais e municipais. Os recursos federais de apoio à implantação das equipes são repassados sob a forma de incentivos, e compõem a parte variável do Piso de

Atenção Básica sendo que esse repasse ocorre de forma regular e automática, através de transferências fundo a fundo. O pagamento dos salários dos profissionais de saúde de nível superior, auxiliares de enfermagem, parte dos medicamentos e material de consumo são efetuados com recursos financeiros municipais.

As questões sobre a gestão dos profissionais das ESF foram avaliadas através dos dados obtidos a partir das respostas referentes ao anexo II, deste trabalho, conforme descrito a seguir:

QUADRO 28. Carga horária semanal contratada/cumprida pelos profissionais do PSF – Município de Itaperuna, 2005

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	CARGA HORÁRIA SEMANA CONTRATADA	CARGA HORÁRIA SEMANAL CUMPRIDA	SALÁRIO BRUTO EM REAIS	VÍNCULO CONTRATUAL
Médico	16	40h	<40h	2.340,00	Prestação de Serviços
Enfermeiro	17	40h	<40h	1.350,00	Prestação de Serviços
Fonoaudiólogo	01	40h	40h	900,00	Prestação de Serviços
Profissional de saúde (nível médio)	22	40h	40h	686,00	Estatutário
Agente Comunitário de Saúde	95	40h	40h	450,00	OSCIP
Fisioterapeuta	01	40h	40h	900,00	Prestação de Serviços
Dentista	08	40h	<40h	1.500,00	Prestação de Serviços

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna/ Coordenação PSF.

O salário mensal dos profissionais de nível superior (referente ao mês de maio de 2006), se comparados àqueles investigados na Avaliação Normativa do PSF no Brasil, em 2002, correspondem, aproximadamente, ao valor mínimo encontrado naquela época. Em relação aos profissionais de nível médio (auxiliares de enfermagem) o valor atual do município encontra-se dentro da faixa de valor pago

em 2002. O valor do salário base dos ACS é de um salário mínimo, que somado à gratificação atinge o valor de R\$ 450,00. Percebe-se que a faixa salarial encontra-se abaixo dos valores médios pagos em outros municípios.

Em relação à carga horária cumprida houve uma dificuldade em quantificar de forma precisa o tempo médio de permanência dos médicos, enfermeiros e dentistas. Os questionários foram respondidos pelo Coordenador do programa que não precisou tais informações, apenas informou que a maioria trabalha menos horas que a carga contratada. Em entrevistas com estes profissionais e com gestores locais percebeu-se que existe uma insatisfação com a remuneração, além do vínculo profissional que não garante os direitos trabalhistas, como a estabilidade, direito a férias, décimo terceiro salário, entre outros. Assim, a maioria dos profissionais complementa a renda mensal em outro local de trabalho, como por exemplo, em plantões ou no consultório.

2.3.3) Sistema de Informação

O acompanhamento do programa é realizado periodicamente através do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, que é alimentado sistematicamente com os dados preconizados pelo sistema. A manutenção destes dados atualizados é importante tanto para auxiliar os gestores na adequação e formulação de estratégias para melhoria da prestação de serviços quanto para garantir o repasse de verbas pela União e Estado.

2.3.4) Composição das Equipes e Cobertura do PSF

O município conta hoje com 16 USF, sendo 11 situadas na sede do município e o restante em áreas rurais. Numa observação da realidade atual, baseado no levantamento das unidades em funcionamento observou-se que apesar de terem sido listadas várias USF a serem implantadas, como mostrado anteriormente neste capítulo, verifica-se que houve um desvio no alcance do programa, no que se refere

à população alvo do projeto. Assim, o gestor deixou de implantar algumas das USF previstas no projeto de expansão do programa no município e a justificativa para tal alteração não foi possível ser esclarecida.

O quadro mostrado a seguir, representa a série histórica de implantação das USF no âmbito do município de Itaperuna desde o início de sua implantação.

QUADRO 29. Equipes de saúde da família segundo o ano de implantação

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
São Mateus	São Mateus	São Mateus	São Mateus	São Mateus	São Mateus	São Mateus	São Mateus
Jardim Surubi	Jardim Surubi	Jardim Surubi	Jardim Surubi	Jardim Surubi	Jardim Surubi	Jardim Surubi	Jardim Surubi
	CEHAB	CEHAB	CEHAB	CEHAB	CEHAB	CEHAB	CEHAB
	São Francisco	São Francisco	São Francisco	São Francisco	São Francisco	São Francisco	São Francisco
	Fiteiro	Fiteiro	Fiteiro	Fiteiro	Fiteiro	Fiteiro	Fiteiro
	Aeroporto	Aeroporto	Aeroporto	Aeroporto	Aeroporto	Aeroporto	Aeroporto
			Boa Fortuna	Boa Fortuna	Boa Fortuna	Boa Fortuna	Boa Fortuna
			Horto Florestal	Horto Florestal	Horto Florestal	Horto Florestal	Horto Florestal
				Carulas	Carulas	Carulas	Carulas
				Retiro do Muriaé	Retiro do Muriaé	Retiro do Muriaé	Retiro do Muriaé
				Comendador Venâncio	Comendador Venâncio	Comendador Venâncio	Comendador Venâncio
							Boa Ventura
							Costa e Silva
							Guarita
							Raposo
							Humberto Lindelauf

FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

Como visto anteriormente, até o ano de 2000 o município contava com 08 unidades, todas localizadas na sede de Itaperuna. Segundo o projeto de expansão

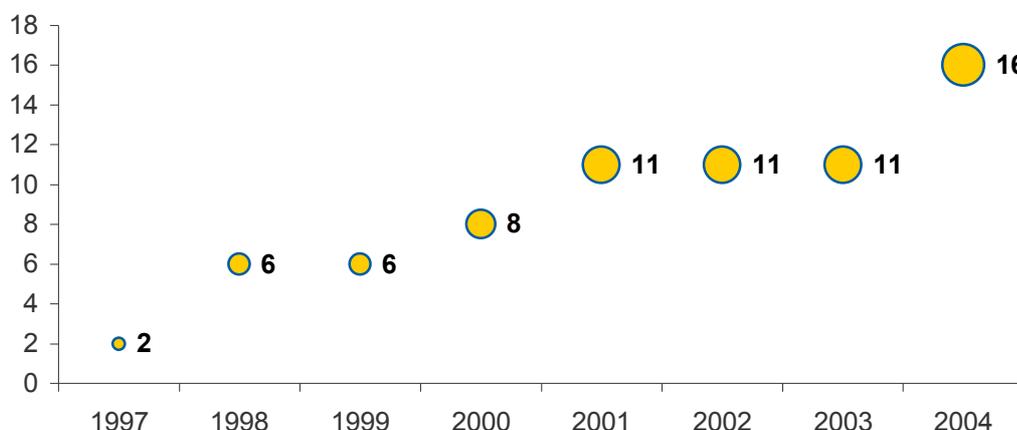
Itaperuna deveria implantar no ano de 2001 o quantitativo de 03 USF na sede e 04 na zona rural. Neste ano foram implantadas 03 unidades na zona rural, cumprindo parcialmente a meta pré-estabelecida.

Para o ano de 2002 estavam previstas a implantação de 02 unidades na sede e 2 na zona rural. Neste ano de 2002 e no ano subsequente não houve a implantação de nenhuma unidade em todo o município.

A expansão continuou no ano de 2004 com a implantação de 03 unidades na sede e 02 na zona rural.

Portanto, a meta preconizava a implantação de 05 USF na sede do município e 6 na zona rural, totalizando 11 USF implantadas no período de dois anos. Na prática ocorreu a implantação de 4 unidades na sede e 04 na zona rural, perfazendo um total de 08 unidades novas implantadas até ano de 2004, desta forma não atingindo a meta pré-estabelecida no projeto de expansão. Vale ressaltar que deixaram de ser implantadas 2 unidades da zona rural e 3 da sede previstas no projeto e foram implantadas 2 unidades na sede que não estavam previstas.

GRÁFICO 16. Série Histórica – Implantação de Unidades de Saúde do PSF no Município de Itaperuna – 1997-2004



Fonte : Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB –DATASUS/MS)- 2004

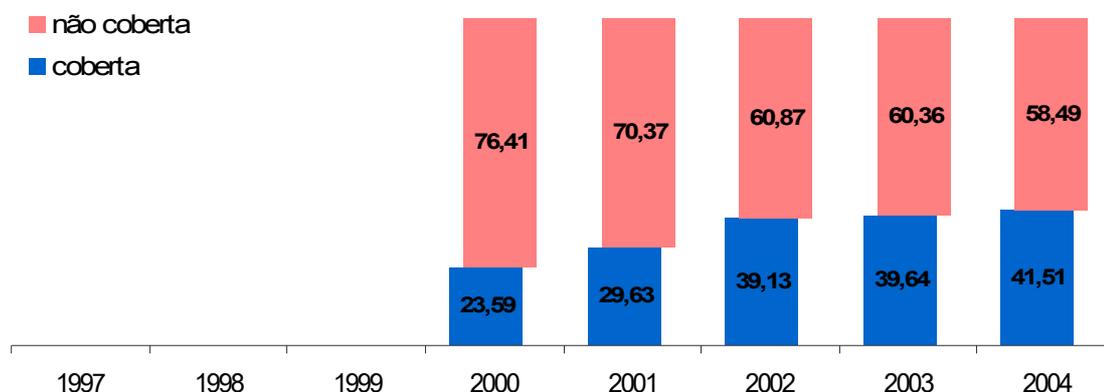
A última unidade implantada foi no ano de 2004, e apesar de já haver duas unidades qualificadas para implantação não existe, até a presente data uma definição para o início do funcionamento.

QUADRO 30. Cobertura da População de Itaperuna pelo PSF – 1997 a 2004

ANO	POPULAÇÃO	NÚMERO DE FAMÍLIAS CADASTRADAS	NÚMERO DE HABITANTES CADASTRADOS	PORCENTAGEM DE COBERTURA
1997	84.091	-	-	-
1998	85.307	-	-	-
1999	86.520	-	-	-
2000	86.720	6.076	20.458	23,59
2001	87.752	7.650	25.998	29,63
2002	88.556	10.177	34.652	39,13
2003	89.403	10.555	35.435	39,64
2004	90.253	11.337	37.465	41,51
2005	92.181	12.710	41.865	45,42

FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

GRÁFICO 17. Cobertura da População de Itaperuna pelo PSF – 1997 a 2004



FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

Mesmo com a implantação de novas unidades, a cobertura atual é de 41,51%, valor abaixo da meta estabelecida no projeto analisado que era de 61% no ano de 2002. Esta meta ainda não está próxima daquela preconizada pelo Ministério da Saúde que estabelece uma cobertura em torno de 70% da população de cada município até o ano de 2007.

Em relação às equipes de saúde da família – ESF o quadro a seguir mostra o quantitativo de profissionais lotados no PSF de Itaperuna:

QUADRO 31. Recursos Humanos do PSF – Município de Itaperuna.

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTITATIVO
Médico	16
Enfermeiro	17
Fonoaudiólogo	01
Profissional de saúde (nível médio)	22
Agente Comunitário de Saúde	95
Fisioterapeuta	01
Dentista	08

Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde / DAB – DATASUS

As Equipes de Saúde da Família são formadas pelos profissionais que compõem as equipes mínimas, segundo normas do programa nacional. O fonoaudiólogo e fisioterapeuta do programa realizam atendimentos domiciliares a pacientes acamados e com dificuldade de locomoção. O restante da população atendida pelo programa que necessita deste tipo de atendimento é referenciada para serviços conveniados à rede de assistência local. Em relação aos dentistas, estes estão lotados nas USF da zona rural. As USB da área urbana são atendidas pelas Unidades Odontológicas descritas na rede de saúde municipal.

O atendimento do programa no referente à assistência familiar, conta com a seguinte cobertura de famílias e de pessoas cadastradas, conforme descrito a seguir:

QUADRO 32. Número de Família/Pessoas por Equipe de Saúde da Família - 2005

ANO DE IMPLANTAÇÃO	USF	NÚMERO DE PESSOAS CADASTRADAS	NÚMERO DE FAMÍLIAS CADASTRADAS
1997	São Mateus	3.207	973
	Jardim Surubi	3.477	1.080
1998	CEHAB	2.953	874
	São Francisco	3.568	1.124
	Fiteiro	2.703	775
	Aeroporto	2.700	894
2000	Boa Fortuna	3.475	1.021
	Horto Florestal	3.029	828
2001	Carulas	2.175	682
	Retiro do Muriaé	2.440	756
	Comendador Venâncio	2.748	816
2004	Presidente Costa e Silva	3.432	1.038
	Guaritá	1.905	579
	Raposo	2.016	608
	Boa Ventura	1.178	398
	Humberto Lindelauf	750	230
		41.756	12.676

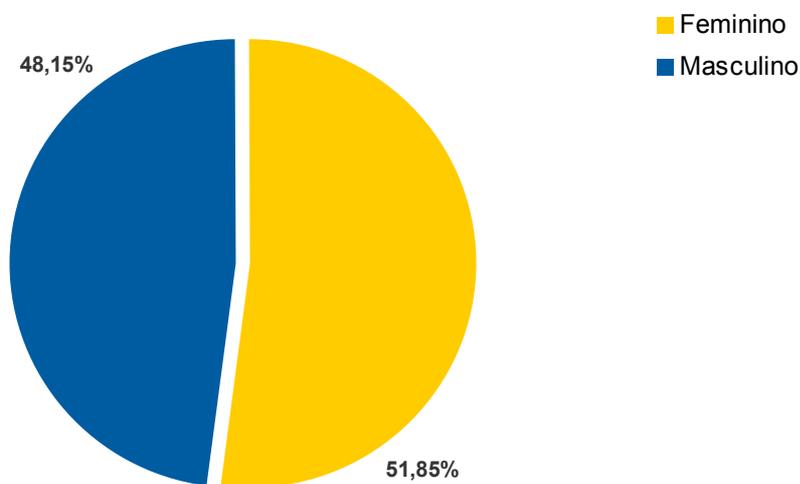
FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

Nota-se que cada USF de Itaperuna atende um quantitativo de pessoas e famílias dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo que em algumas unidades o quantitativo de famílias ultrapassa o valor de 1000, porém o número total de pessoas não alcança o limite máximo de 4500 pessoas. Em relação ao número mínimo de pessoas vinculadas ao PSF, que é de 2400, segundo o MS, Itaperuna possui 2 unidades na área rural e 1 na área urbana, com população inferior a este valor.

2.3.5) Perfil das Famílias Atendidas

Outro aspecto importante a ser considerado é o perfil das famílias atendidas pelo programa. Os dados abaixo relacionados traçam o perfil das comunidades assistidas, em relação ao sexo, faixa etária e condições de saneamento da população adscrita. Foram considerados os dados relativos ao ano de 2005.

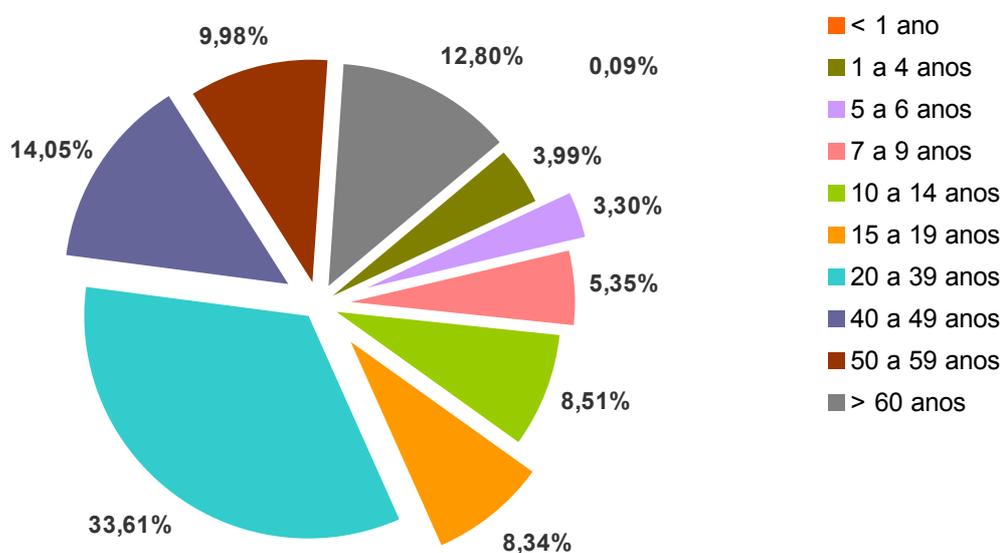
GRÁFICO 18. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF
 Percentual de Habitantes Segundo o Sexo



FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

Nota-se que não existe uma diferença significativa em relação ao sexo na população coberta pelo programa.

GRÁFICO 19. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF
 Percentual de Habitantes Segundo a Faixa Etária



FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

A faixa etária da população adscrita é importante para se traçar o “perfil da comunidade assistida” e definir as estratégias de intervenção e o tipo de assistência que cada comunidade local necessita, priorizando os programas para atender a grupos prioritários.

Constata-se que 8,34% da população é menor de 01 ano e 12,64% têm entre 1 e 10 anos de idade, ou seja, aproximadamente 20% da população coberta pelo PSF é representada por crianças, o que reforça a necessidade de capacitação para a assistência adequada à saúde da criança, principalmente pelo diagnóstico epidemiológico municipal que confirma uma Mortalidade Infantil elevada em relação ao Estado e a alta morbidade por doenças controláveis por ações básicas de saúde.

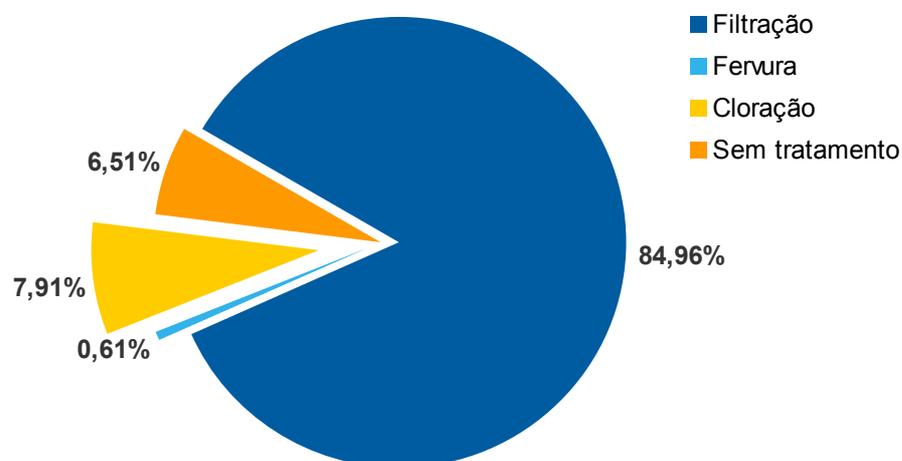
Os adolescentes (10 a 19) representam 16,85% da população - nesta faixa etária são importantes as ações de educação sexual, conscientização sobre o uso de álcool e drogas, além da prevenção de acidentes.

A faixa etária do adulto deve ser trabalhada na prevenção de doenças crônico-degenerativas, controle do consumo de álcool, prevenção e controle de neoplasias. Em relação à saúde do idoso ressalta-se a importância do desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade de vida nesta faixa etária.

As considerações acima listadas levam em consideração o diagnóstico epidemiológico de Itaperuna retratado no capítulo 2 deste trabalho. A seguir serão pontuados aspectos relativos aos dados colhidos nas unidades avaliadas que mostram a organização das equipes em relação ao planejamento das ações de saúde e que servirão de base para avaliação das questões de intervenção descritas acima.

Os gráficos a seguir caracterizam a rede de saneamento do município, segundo dados colhidos no SIAB. Em seguida serão pontuados os problemas relatados nos questionários de pesquisa na busca de relacionar os dados obtidos e tentar traçar um perfil das comunidades assistidas.

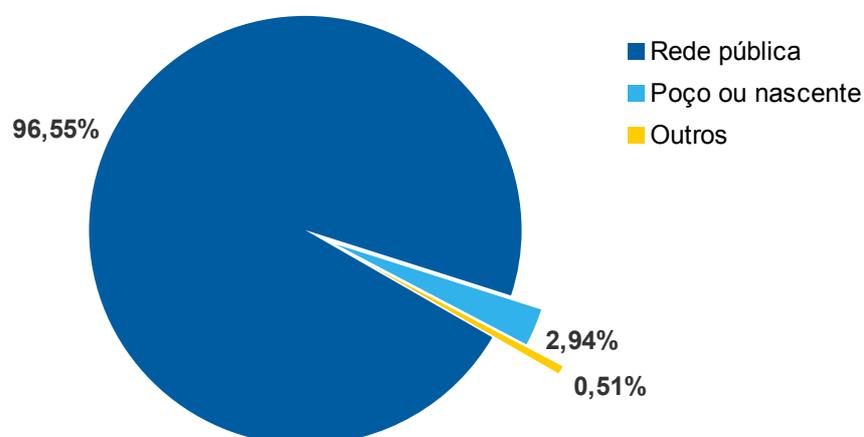
GRÁFICO 20. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF
 Percentual de Famílias Segundo o Tipo de Tratamento de Água no Domicílio



FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

O percentual da população que utiliza água filtrada ultrapassa 80%, o que retrata condições adequadas de higiene em relação à água domiciliar utilizada.

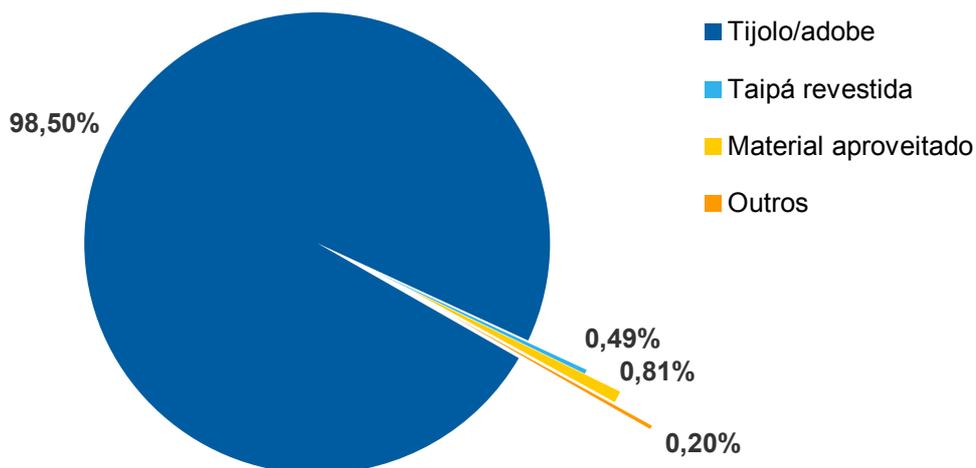
GRÁFICO 21. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF
 Percentual de Famílias Segundo o Tipo de Abastecimento de Água



FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

Segundo fonte analisada quase a totalidade das residências assistidas pelo PSF são abastecidas com água tratada, apesar da região da zona rural também apresentar um bom quantitativo de USF.

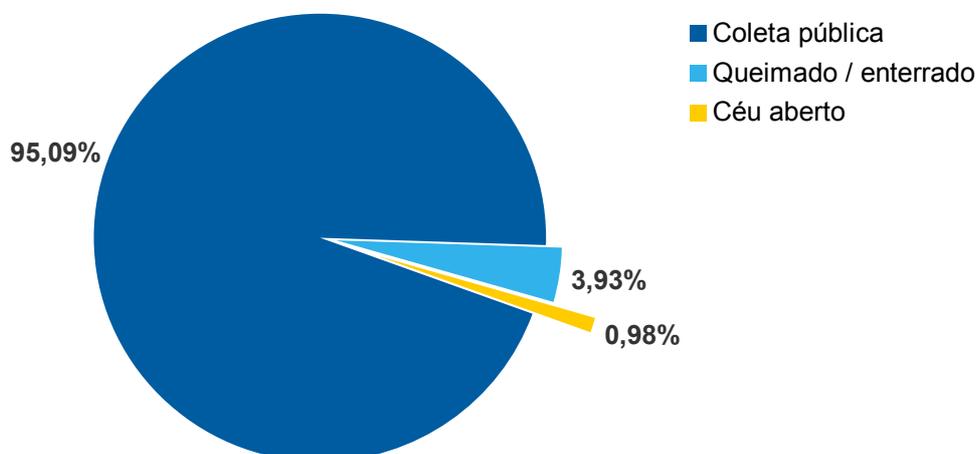
GRÁFICO 22. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF
Percentual de Famílias Segundo o Tipo de Casa



FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

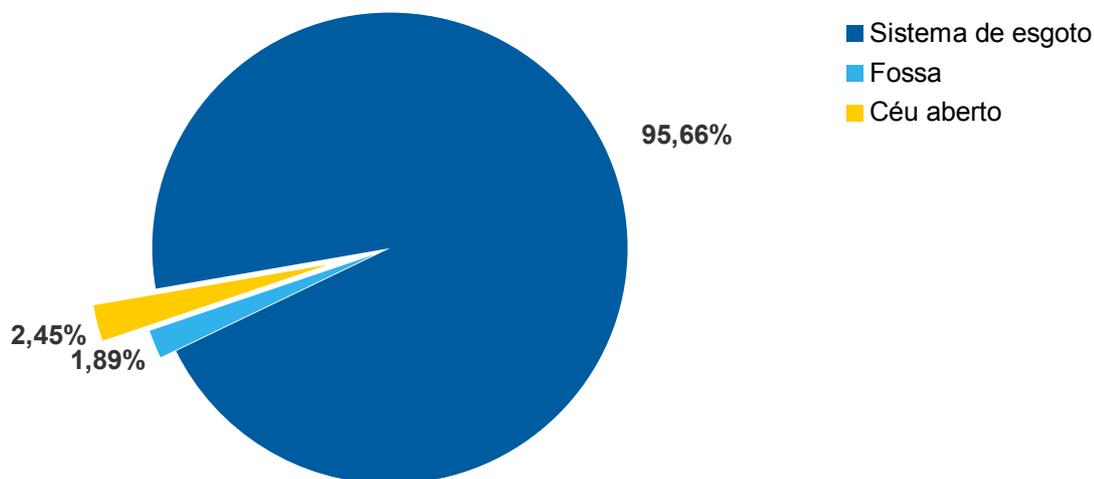
O tipo de moradia também perfaz quase a totalidade de casas construídas com alvenaria.

GRÁFICO 23. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF
Percentual de Famílias Segundo o Tipo de Destino do Lixo



FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

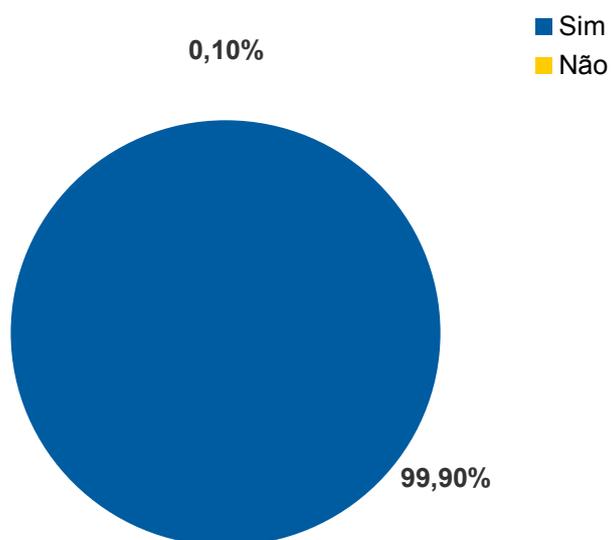
GRÁFICO 24. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF
Percentual de Famílias Segundo o Tipo de Destino dos Dejetos



FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

O destino dos dejetos e do lixo também parece ser adequado segundo as estatísticas analisadas.

GRÁFICO 25. Famílias Cadastradas no ano 2005 da Zona Geral e Modelo PSF
Percentual de Famílias Com Energia Elétrica



FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

Em relação à energia elétrica os dados apontam para uma cobertura praticamente total dos domicílios.

Ao percorrer as comunidades para a realização desta pesquisa o cenário encontrado não parecia tão adequado em termos de estrutura e saneamento quanto o retratado no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Os dados obtidos na pesquisa de campo retratam os pontos críticos encontrados, com destaque para a falta de lazer e creches de apoio. Importante ressaltar ainda que a maioria dos respondentes enfatizasse problemas de abastecimento de água, esgoto sanitário e saneamento básico, fato contraditório se comparado aos dados descritos anteriormente. As baixas condições de renda também aparecem em grande parte das avaliações, o que já era esperado, pela priorização da assistência em áreas de condições sócio-econômicas menos favorecidas.

2.3.6) Processo de Trabalho das ESF

Durante entrevistas realizadas com os gestores atuais foi constatado que o Programa de Saúde da Família de Itaperuna visa realizar condutas referentes à Atenção Básica e ser um instrumento de referência e contra referência para as consultas especializadas, exames e procedimentos de baixa complexidade, além dos procedimentos de média e alta complexidade. Os procedimentos de referência e contra-referência para consultas especializadas são feitos através de ficha de referência e contra-referência para o Centro de Saúde Raul Travassos ou para profissionais que prestam serviço ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro – CISNOR-RJ. A referência para exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica é realizada pelo Laboratório Municipal do Centro de Saúde Raul Travassos ou pelos estabelecimentos privados contratados, sendo que os exames de análises clínicas são colhidos nas próprias USF, com agendamento prévio. Já os serviços de alta complexidade são referenciados para os prestadores de serviço conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS.

As solicitações de internações hospitalares são encaminhadas à Central de Regulação que define o estabelecimento de saúde contratado e credenciado pelo SUS para esta finalidade.

Com relação aos serviços de média e alta complexidade, assim como as consultas com especialistas, ainda existe uma demanda reprimida, que não consegue se beneficiar da referência. Este fato é agravado pela prática clientelista que ainda faz parte do serviço público, que é responsável por favorecimentos pessoais e pela facilitação na marcação destes procedimentos gerando uma espera ainda maior pelos serviços por parte daqueles que não possuem um vínculo de cumplicidade no sistema. Neste caso o PSF não cumpre seu papel de facilitador e porta de entrada no sistema de saúde, como preconizado pelo MS. O acesso a estes serviços ainda depende do próprio indivíduo, pois o sistema de referência e contra-referência não funciona de maneira eficaz deixando a população adscrita ao PSF tendo que “competir” com toda a população pelo acesso a esses serviços.

Ao avaliar a forma como as equipes se organizam para definir as ações de trabalho constatou-se que as reuniões entre os membros das equipes são realizadas de rotina em todas as unidades avaliadas, com uma periodicidade de, pelo menos uma reunião a cada mês, com exceção de uma que realiza reunião bimestralmente.

As reuniões com a comunidade também ocorrem de forma periódica e regular, pelo menos mensalmente.

Os temas abordados nas reuniões com a comunidade apresentam abordagens que variam de acordo com a necessidade local. Os temas citados incluem abordagens específicas a várias faixas etárias, além disso, nota-se a descrição dos temas de forma muito ampla, como por exemplo, educação em saúde, necessidade de grupos específicos, gestantes, dentre outros. Assim fica difícil mensurar se os temas estão realmente sendo escolhidos de acordo com o diagnóstico da comunidade ou a necessidade do momento conforme informações colhidas.

Em relação ao mapa da comunidade foi constatado que apesar de sua existência em quase todas as unidades avaliadas, foi possível perceber que não

estão sendo atualizados e não estão servindo de fonte de referência para a definição das estratégias de intervenção.

Com relação ao atendimento prestado a grupos específicos pôde-se observar o seguinte:

- **Ações de saúde da criança:** das unidades avaliadas apenas uma não realiza vacinação de rotina, quatro relatam realizar ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em menores de 2 anos, três afirmam realizar ações para prevenção de agravos prevalentes na infância e todas realizam ações de vigilância nutricional. Levantamentos sobre a atenção à saúde da criança do município apontam para a necessidade de expansão das ações de ACD e AIDPI para as UBS. Este dado somado ao número de atendimentos pediátricos semanais prestados por essas equipes, conforme quantificado no anexo IV, contradiz a afirmativa da realização dessas ações de forma sistemática e habitual.
- **Ações de saúde da mulher:** as consultas de pré-natal não são realizadas em nenhuma das unidades de saúde avaliadas. As ações de prevenção do câncer de colo uterino e de planejamento familiar são realizadas de rotina por todas as ESF. Em relação ao tratamento de afecções ginecológicas apenas uma unidade não presta este atendimento.
- **Ações de saúde do adulto:** o acompanhamento de diabéticos, hipertensos e portadores de doenças mentais são realizados por todas as equipes. Apenas uma equipe afirmou realizar o tratamento de hanseníase e tuberculose, porém é sabido que estes programas ainda não foram descentralizados para as USF. Aqui também se observa uma contradição: analisando os dados dos indicadores do pacto da Atenção Básica observa-se que o número de hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados apresentam uma tendência de queda, enquanto as complicações por estas patologias estão em ascensão sinalizando para a necessidade de readequação destas ações nas unidades.

- **Atendimento de urgência:** apenas uma unidade informou prestar tal assistência. Três unidades relatam atender a grupos prioritários, um atende a clientela específica, fora da USF.
- **Notificação compulsória:** é feita por todas as unidades e apenas uma realiza investigação de óbitos. As análises realizadas apontam para uma subnotificação em todos os setores de prestação de serviços de saúde e para a inexistência de comitês de investigação de óbito em Itaperuna.
- **Capacitações realizadas por profissionais do PSF:** em todas as equipes os profissionais já foram capacitados no Treinamento Introductório para Médicos e Enfermeiros e DST/AIDS. Uma equipe ainda não capacitou em Treinamento do Sistema de Informação da Atenção Básica, três equipes não estão capacitadas em Imunização, e não existe nenhum profissional do PSF com capacitação em AIDPI. Quatro equipes estão capacitadas em saúde da mulher e diabetes. Apenas uma tem capacitação em Hipertensão arterial e duas em Tuberculose pulmonar.

Apesar das capacitações já realizadas, apenas duas equipes relatam utilizar algum protocolo na prática diária.

- **Apoio diagnóstico de referência e contra-referência:** os exames de patologia clínica e citologia de colo uterino são colhidos na própria unidade e enviados para análise no Centro de Saúde. Os demais exames – teste de Elisa para HIV, Rx simples, eletrocardiograma, colposcopia e ultrassonografia são referenciados. Os serviços de fisioterapia, fonoaudiologia e tratamento dentário (nas unidades urbanas) são referenciados para serviços credenciados pelo SUS. Os encaminhamentos para Pronto Socorro e internações hospitalares também são referenciados.

Vale ressaltar que todas as unidades avaliadas relataram que estes procedimentos são de baixa resolutividade, ocorre demora no agendamento de exames, não existem protocolos de referência e contra-referência, nem retorno do paciente pelo serviço referenciado para a unidade de saúde de origem, portanto a

integralidade das ações do PSF com os demais setores de prestação de serviços de saúde ainda é falha.

Segundo os resultados a relação entre os profissionais e entre equipe e comunidade se mostrou muita boa. Alguns relatam a existência de profissionais que não cumprem o seu papel como deveriam, deixando de realizar visitas domiciliares, de criar vínculos com as famílias, ficando alheios aos problemas da comunidade.

Um dado que chamou atenção foi o relato do médico de uma das unidades avaliadas que afirmou que sua comunidade não apresenta nenhum tipo de problema que possa interferir no processo saúde-doença. Este dado abre uma reflexão em relação aos recursos humanos envolvidos no atendimento do nível básico de saúde, levantando o seguinte questionamento: o profissional que tem esta lógica de pensamento não está habilitado e/ou capacitado para o atendimento que está prestando no âmbito do PSF, não tendo conhecimento das condições que influenciam no processo saúde-doença ou tem um nível tão baixo de comprometimento com o trabalho que não o permite envolver-se com as questões e princípios essenciais da estratégia a qual se propôs executar?

2.3.7) Desempenho do PSF em Relação aos Atendimentos/Procedimentos

No quadro abaixo será reportado a série histórica dos atendimentos realizados no período de 2000 a 2005, para que se possa avaliar o desempenho do programa ao longo dos anos. O período anterior ao ano de 2000 não será analisado pelo fato de não constar no banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, e por não ter sido possível a sua mensuração em nenhuma fonte de dados locais.

QUADRO 33. Atendimento Realizado pelas Equipes de Saúde da Família

ATENDIMENTO REALIZADO	JAN/DEZ 2000	JAN/DEZ 2001	JAN/DEZ 2002	JAN/DEZ 2003	JAN/DEZ 2004	JAN/DEZ 2005
Visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde	50.547	115.165	148.957	156.814	189.454	210.817
Consulta médica do PSF	62.015	54.805	59.397	62.244	67.500	79.958
Consulta/atendimento do enfermeiro na USF	426	1.835	1.289	12.363	11.702	18.939
Consulta/atendimento domiciliar do enfermeiro PACS/PSF	773	2.911	5.453	6.549	6.441	7.859

FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

A análise dos dados contidos na tabela acima mostra um aumento gradativo do número absoluto de procedimentos realizados, porém faz-se necessário quantificar esses atendimentos em cada ESF para que seja possível avaliar se a cobertura está satisfatória em relação à meta pactuada, o que será feito em outro momento deste capítulo.

QUADRO 34. Dados Cadastrais e de Atendimento das ESF, em 2005

USF	NÚMERO DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM	NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	POPULAÇÃO ADSCRITA	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS / HABITANTES	NÚMERO DE FAMÍLIAS	NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES	NÚMERO DE VISITAS / FAMÍLIA / MÊS
01	2	6	2.700	5.361	1,99	894	18.894	1,76
02	2	6	3.475	4.183	1,20	1.021	13.013	1,06
03	1	5	1.178	3.945	3,35	398	15.142	3,17
04	1	6	2.175	3.733	1,72	682	11.678	1,42
05	1	7	2.953	7.837	2,65	874	15.010	1,43
06	2	5	2.748	4.727	1,72	816	10.778	1,10
07	2	6	2.703	5.055	1,87	775	14.722	1,58
08	2	5	1.905	5.045	2,65	579	13.788	1,98
09	1	6	3.029	5.607	1,85	828	15.801	1,59
10	1	5	750	6.395	8,53	230	9.675	3,50
11	1	7	3.477	5.997	1,72	1.080	17.969	1,38

USF	NÚMERO DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM	NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	POPULAÇÃO ADSCRITA	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS / HABITANTES	NÚMERO DE FAMÍLIAS	NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES	NÚMERO DE VISITAS / FAMÍLIA / MÊS
12	2	6	3.432	4.362	1,27	1.038	15.861	1,27
13	1	6	2.016	3.764	1,87	608	11.969	1,64
14	1	5	2.440	3.939	1,61	756	11.111	1,22
15	2	7	3.568	4.606	1,29	1.124	16.747	1,24
16	2	6	3.207	5.402	1,68	973	15.952	1,36

FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

A análise do quadro acima retrata o número de consultas médicas/habitante/mês e o número de visitas/família/mês. Em relação ao número de cons.médicas/hab/mês encontra-se um valor que varia de 1,20 a 3,35, com uma média de 1,60. Já a relação entre N°. visitas/família/mês encontra-se um valor que varia de 1,06 a 3,17, com média de 1,54.

Ressalta-se que a USF número 10 não foi considerada nesta análise porque sua estatística não foi totalmente contabilizada no banco de dados, mostrando, assim, valores irreais, sendo desconsiderada nesta e em todas as análises seguintes. Assim, todas as médias serão consideradas tomando por base o quantitativo de 15 USF.

QUADRO 35. Dados Cadastrais e de Atendimento das Equipes de Saúde da Família, em 2005

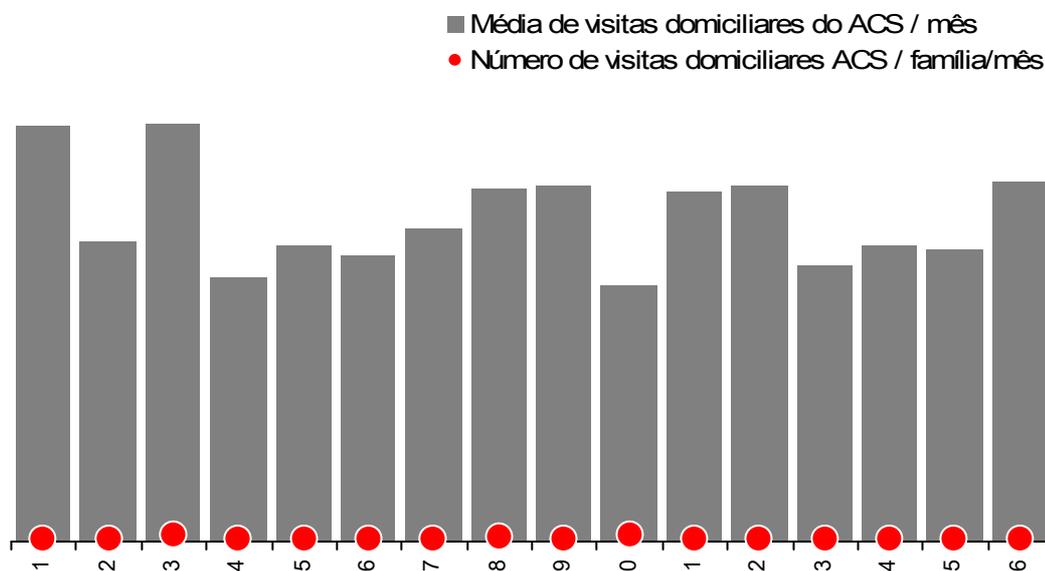
USF	NÚMERO DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM	NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	NÚMERO DE FAMÍLIAS	NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	NÚMERO DE VISITAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE / FAMÍLIA / MÊS	MÉDIA DE VISITAS DOMICILIARES / ACS / MÊS
01	2	6	894	17.252	1,61	240
02	2	6	1.021	12.491	1,02	173
03	1	5	398	14.471	3,03	241
04	1	6	682	10.949	1,34	152
05	1	7	874	14.351	1,37	171
06	2	5	816	9.894	1,01	165

USF	NÚMERO DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM	NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	NÚMERO DE FAMÍLIAS	NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	NÚMERO DE VISITAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE / FAMÍLIA / MÊS	MÉDIA DE VISITAS DOMICILIARES / ACS / MÊS
07	2	6	775	13.044	1,40	181
08	2	5	579	12.250	1,76	204
09	1	6	828	14.760	1,48	205
10	1	5	230	8.869	3,21	148
11	1	7	1.080	16.952	1,31	202
12	2	6	1.038	14.789	1,19	205
13	1	6	608	11.424	1,56	159
14	1	5	756	10.230	1,13	171
15	2	7	1.124	14.122	1,05	168
16	2	6	973	14.969	1,28	208

FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

A análise do quadro acima retrata o número de visitas domiciliares do ACS/família /mês e a média de visitas domiciliares do ACS/mês. Em relação ao N°. de visitas domiciliares do ACS/família /mês observa-se uma variação de 1,01 a 3,03, com uma média de 1,43. Já a relação entre N°. visitas domiciliares do ACS/mês encontra-se um valor que varia de 148 a 241, com média de 190.

GRÁFICO 26. Número de visitas domiciliares / família / mês e Média de visitas domiciliares do ACS / mês, em 2005



FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

QUADRO 36. Dados Cadastrais e de Atendimento das Equipes de Saúde da Família, em 2005

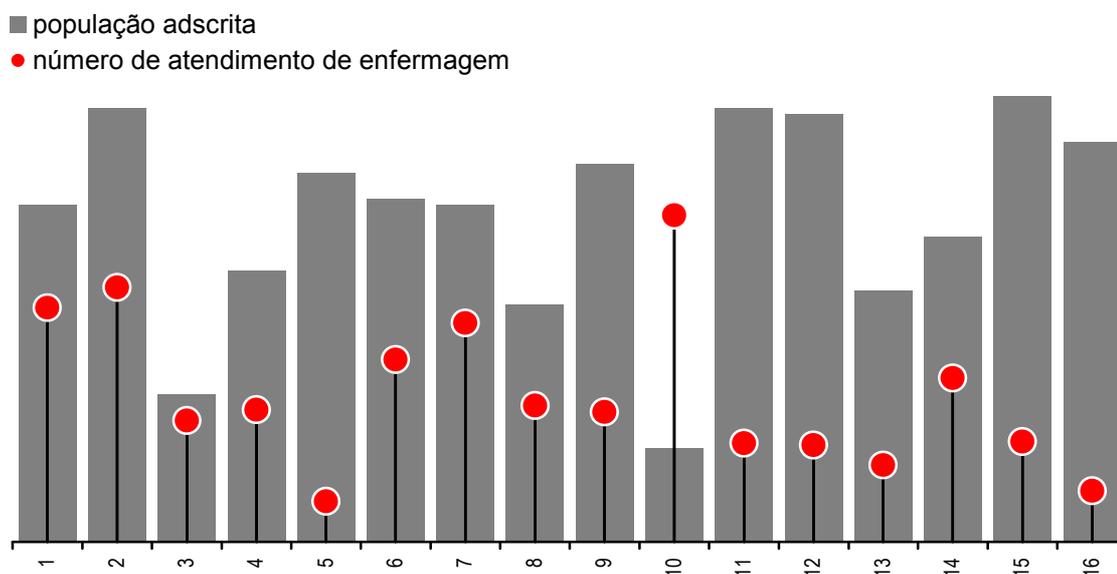
USF	POPULAÇÃO ADSCRITA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS DO ENFERMEIRO	NÚMERO DE FAMÍLIAS	NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES DO ENFERMEIRO
01	2.700	1.876	894	693
02	3.475	2.039	1.021	211
03	1.178	972	398	299
04	2.175	1.058	682	291
05	2.953	324	874	261
06	2.748	1.462	816	186
07	2.703	1.755	775	886
08	1.905	1.090	579	537
09	3.029	1.039	828	788
10	750	2.618	230	585
11	3.477	791	1.080	439
12	3.432	774	1.038	622
13	2.016	615	608	314

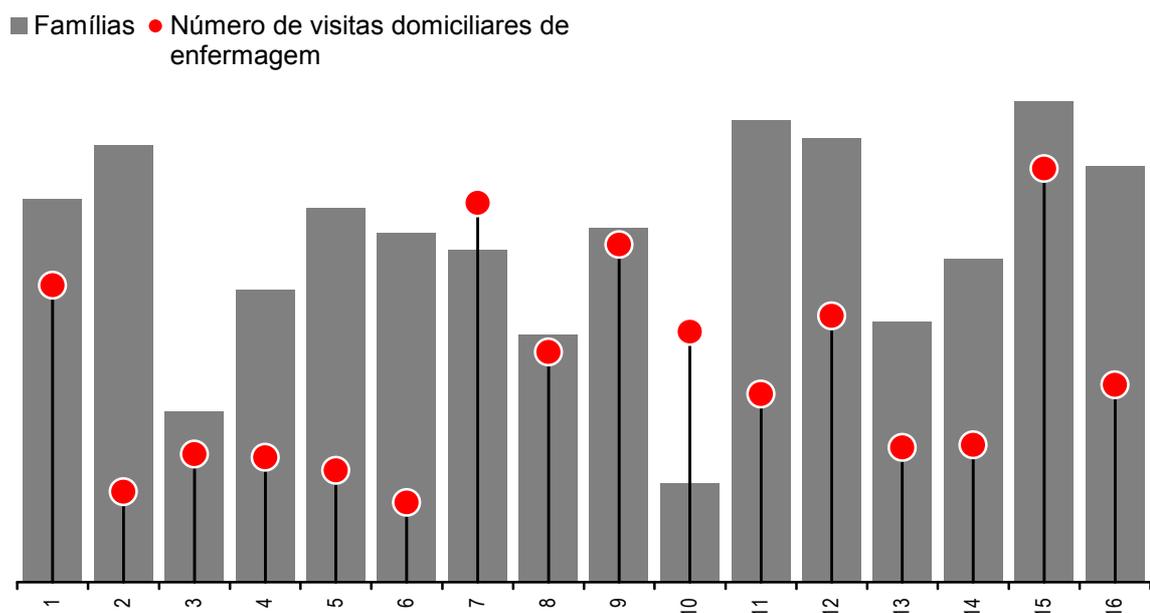
14	2.440	1.313	756	320
15	3.568	804	1.124	966
16	3.207	409	973	461

FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

O quadro acima retrata o número de visitas domiciliares do enfermeiro/ano. Em relação ao N°. de visitas domiciliares do enfermeiro/mês observa-se uma variação de 186 a 996 visitas em 1 ano, com uma média de 473.

GRÁFICO 27. Relação entre a população adscrita / número de famílias com o número de atendimentos e de visitas domiciliares de enfermagem, em 2005





FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

QUADRO 37. Dados Cadastrais e de Atendimento Médico das Equipes de Saúde da Família, em 2005

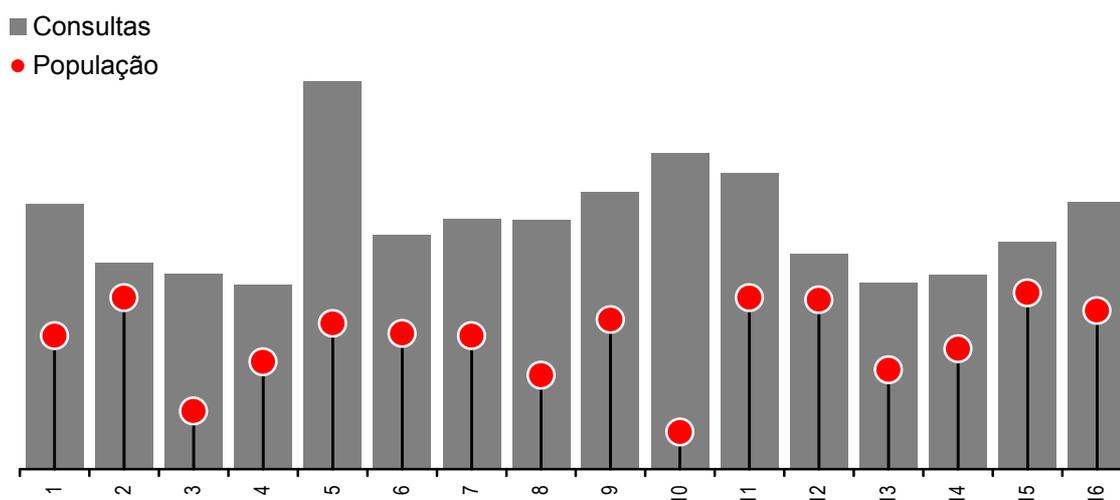
USF	POPULAÇÃO ADSCRITA	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS	MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS / MÊS	MÉDIA DE VISITAS MÉDICAS DOMICILIARES / MÊS	NÚMERO DE CONSULTAS / HABITANTES
01	2.700	5.361	446	25	1,99
02	3.475	4.183	348	7	1,20
03	1.178	3.945	328	15	3,35
04	2.175	3.733	311	11	1,72
05	2.953	7.837	653	9	2,65
06	2.748	4.727	393	16	1,72
07	2.703	5.055	421	46	1,87
08	1.905	5.045	420	17	2,65
09	3.029	5.607	467	0,3	1,85
10	750	6.395	532	7	8,53
11	3.477	5.997	499	24	1,72
12	3.432	4.362	363	11	1,27
13	2.016	3.764	313	3	1,87
14	2.440	3.939	328	7	1,61

15	3.568	4.606	383	41	1,29
16	3.207	5.402	450	11	1,68

FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

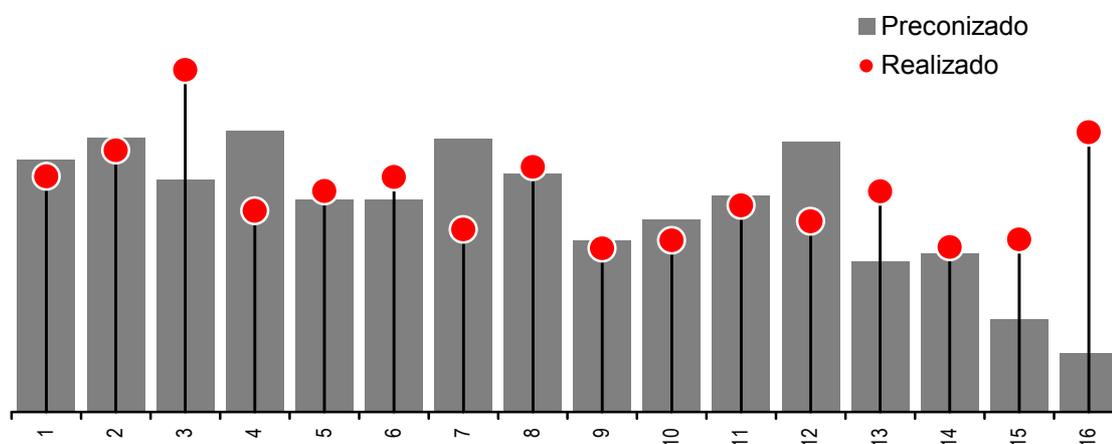
O quadro acima se refere à média de visitas domiciliares do médico/mês e ao número de consultas médicas/hab./ano. Em relação à média de visitas domiciliares do médico/mês nota-se uma variação de 0,3 a 46 VD médico/mês. Já em relação ao número de consultas médicas/hab./ano ocorre uma variação de 1,2 a 3,35.

GRÁFICO 28. Relação entre número de consultas / pop.adscrita, em 2005



FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

GRÁFICO 29. Relação entre o número de consultas realizadas / preconizadas por USF, em 2005



FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

A relação entre o número de consultas realizadas e o número de consultas preconizadas por USF em 2005, representada no gráfico acima, parece satisfatória, porém em análise anterior pôde-se observar que os dados relativos ao atendimento da criança, da mulher, do adulto e do idoso não ocorre da forma preconizada nos princípios do programa nacional.

QUADRO 38. Consultas e Visitas Domiciliares realizadas pelo médico, no período de uma semana, em 2006

USF	ESPECIALIDADE	POPULAÇÃO ADSCRITA	NÚMERO DE CONSULTAS / SEMANA	MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS / SEMANA - 2005	VISITAS MÉDICAS DOMICILIARES / SEMANA	MÉDIA DE VISITAS MÉDICAS DOMICILIARES / SEMANA - 2005
1	CLÍNICA MÉDICA GINICOLOGIA/OBSTETRÍCI A PEDIATRIA	3.650	102 08 12	112	106	2,8
2	CLÍNICA MÉDICA GINICOLOGIA/OBSTETRÍCI A	3.800	200 12 130	99	10	4

	PEDIATRIA					
3	CLÍNICA MÉDICA GINICOLOGIA/OBSTETRÍCI A PEDIATRIA	3.475	100 00 00	87	3	1,8
4	CLÍNICA MÉDICA GINICOLOGIA/OBSTETRÍCI A PEDIATRIA	3.477	108 04 46	125	16	6
5	CLÍNICA MÉDICA GINICOLOGIA/OBSTETRÍCI A PEDIATRIA	2.175	86 17 26	78	27	2,8
MÉDI A	CLÍNICA MÉDICA GINICOLOGIA/OBSTETRÍCI A PEDIATRIA	3.315	119,2 8,2 42,8	100,2	32,4	46

FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

Considerando os atendimentos realizados no quadro acima observam-se valores muito distintos nas unidades avaliadas, tornando difícil a análise da média de consultas em cada especialidade nas USF. Vale ressaltar que se comparar a média semanal do ano anterior com os valores da pesquisa atual, num mesmo período de tempo, encontra-se valores muito maiores na semana avaliada na pesquisa que aqueles encontrados no ano anterior, segundo estatística do SIAB. Assim, fica a pergunta: “Quais os fatores poderiam ter influenciado na questão?”

Os estudos relativos a esta pesquisa não são suficientes para concluir a pergunta. Seria necessária uma análise mais detalhada e específica para responder o quesito, já que são muitas as variáveis que podem ter influenciado esta diferença, dentre elas uma mudança na prática assistencial local, o período relativo à coleta de dados, o profissional atuante na equipe, etc.

A análise do atendimento por especialidade básica mostra que os atendimentos se concentram na sua quase totalidade na saúde do adulto, ou na clínica médica. As ações de saúde da mulher e da criança são inexpressivas em todas as unidades avaliadas e apontam para a necessidade de mudanças no modelo da Atenção Básica local, como citado em outro tópico desta pesquisa. Esta

mudança só será possível com a capacitação dos profissionais do PSF e com a descentralização dos programas de atenção à saúde da mulher e da criança.

QUADRO 39. atendimentos de Enfermagem e Visitas Domiciliares do ACS, no período de uma semana, em 2006

USF	TIPO DE ATENDIMENTO	POPULAÇÃO ADSCRITA	NÚMERO DE CONSULTAS / SEMANA	MÉDIA ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM / SEMANA – 2005	VISITAS DOMICILIARES ACS/SEMANA - 2005
1	Consultas pelo enfermeiro	3.650	20	8,5	312
	Atendimentos ACS		210		
	Atendimento por outros membros da ESF		50		
2	Consultas pelo enfermeiro	3.800	8	30,4	206
	Atendimentos ACS		240		
	Atendimento por outros membros da ESF		10		
3	Consultas pelo enfermeiro	3.475	22	42,4	260
	Atendimentos ACS		300		
	Atendimento por outros membros da ESF		0		
4	Consultas pelo enfermeiro	3.477	12	8,5	353
	Atendimentos ACS		212		
	Atendimento por outros membros da ESF		14		
5	Consultas pelo enfermeiro	2.175	15	22	228
	Atendimentos ACS		123		
	Atendimento por outros membros da ESF		8		

FONTE: Sistema de Informações em Atenção Básica Municipal – SIAB/Itaperuna.

A avaliação da produção de consultas de enfermagem e visitas domiciliares do ACS também demonstra diferenças em relação ao ano anterior e, como citado anteriormente, necessita uma abordagem mais específica que poderá ser objeto de um outro estudo.

Ao longo da realização de entrevistas com profissionais da gestão municipal de saúde pôde-se constatar situações importantes em relação à Assistência Básica local, como será comentado a seguir.

Em relação à saúde da criança constatou-se que até a presente data não foi realizada nenhuma capacitação em Saúde da Criança pelos profissionais do PSF. A análise dos Índices de Mortalidade Infantil do município, já retratados neste estudo, mostram uma elevação da taxa de mortalidade infantil nos últimos anos que atingiu

um percentual acima da média estadual. Este é um fato lamentável para um município referência em saúde na região, além de ser um pólo universitário do setor. As taxas de morbidade também apontam as Infecções de Vias Aéreas e as Doenças Diarréicas com altos índices de prevalência, o que também reforça uma inefetividade das ações básicas de saúde.

Profissionais de saúde sensibilizados com esta situação tentaram formular estratégias para reverter este quadro, porém sem sucesso, por falta de sensibilização do Secretário Municipal de Saúde do governo anterior. Com a eleição do novo prefeito houve uma reforma nas secretarias e uma mudança dos gestores, apesar do prefeito eleito ter sido apoiado pelo prefeito anterior, além de ter sido seu Secretário de Administração durante os 08 anos de seu mandato.

Na Secretaria de Saúde assumiu como gestor o até então subsecretário. Num primeiro momento houve a impressão, por parte dos funcionários e até mesmo da população, que tudo se manteria da mesma forma, porém algumas mudanças favoráveis vêm ocorrendo no que diz respeito a assistência à saúde.

O atual Secretário de Saúde assumiu uma postura mais democrática e inovadora, mostrando-se aberto ao diálogo e às mudanças, e atualmente o perfil de atendimento à população já vem apresentando uma melhora na modelo de atenção.

Em relação à Saúde da Criança o projeto do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança vem sendo otimizado e suas metas postas em prática, ainda com um atraso em relação ao cronograma de implantação, mas com ações importantes já em funcionamento. Inclusive, já está sendo agendado o cronograma para a realização da capacitação dos médicos e enfermeiros do PSF e do Pronto Atendimento na estratégia AIDPI – Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância, além de outras capacitações, como por exemplo, a Capacitação em Imunizações. Enquanto as ESF não recebem a capacitação optou-se por realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças no primeiro ano de vida vinculado ao Centro de Saúde, onde a criança recebe alta da maternidade já com o agendamento para as ações da “Primeira Semana de Saúde Integral da Criança” e partir daí tem todo o seu acompanhamento vinculado a um pediatra que será responsável pelo seu acompanhamento até 01 ano de vida, quando então

passará a ser vinculado à Unidade Básica de Saúde de seu domicílio (Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – SMS /Itaperuna, 2005).

Com relação à Saúde do Adulto já existem profissionais capacitados em Hanseníase, Tuberculose, Hipertensão Arterial e Pé diabético.

No que diz respeito à Saúde da Mulher, as ações de promoção e prevenção da saúde ainda estão centralizadas no Centro de Saúde, para o qual as pacientes são referenciadas e acompanhadas pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM.

Em relação à assistência à Atenção Básica no município, além das USF, do Centro de Saúde Municipal e das Unidades Básicas de Saúde dos bairros, a população conta com o atendimento por parte do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em cinco comunidades, com unidades móveis de atendimento na zona rural mantendo o programa “Médico em sua Casa” em 12 comunidades da área rural, e ainda presta serviços de fisioterapia e fonoaudiologia domiciliar para pacientes acamados e com dificuldade de locomoção. Estes atendimentos domiciliares são gerenciados na Central do Programa de Saúde da Família que conta com uma enfermeira coordenadora, além de um coordenador de pessoal que gerencia e administra os serviços.

Após a análise e reflexão do PSF de Itaperuna, podemos concluir que a situação atual da estratégia no município não é muito diferente daquela encontrada em outros centros urbanos, conforme mostrado em estudos relativos a estas questões (BRASIL, MS, 2002). O importante é considerar que apesar das falhas apontadas em suas ações específicas existe também uma gama de benefícios para as populações por ele assistidas. A importância no estudo e valorização desta prática está na mudança da formação dos profissionais, na cultura da população, no incentivo ao compromisso com a meta proposta.

Sabe-se que o avanço do programa em relação à melhoria de suas ações tem um impacto direto nos indicadores de saúde, o que prova a necessidade de que se mantenham vivas todas as diretrizes da atenção básica para que os resultados mais satisfatórios aumentem num período de médio prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo este trabalho buscou-se pontuar a reorganização dos serviços públicos de saúde e as inovações no campo das práticas sanitárias e preventivas. A Atenção Básica, com a estratégia Saúde da Família representa os pilares de sustentação desta nova concepção em saúde. Vários estudos relativos a esta prática em vários municípios do País reforçam pontos positivos no decorrer de 10 anos de implantação da estratégia, mostrando que vale a pena investir na melhoria e expansão deste serviço em todo o País. Apesar de o impacto ser diferente e mostrar uma relação direta com o porte do município e o tipo de prática assistencial que antecede a implantação do PSF, sabe-se que o saldo quase sempre é positivo no que tange a aspectos relativos à prática dos princípios e diretrizes do SUS.

No caso específico de Itaperuna, apesar dos inúmeros problemas, sabe-se que os pontos positivos também estão sempre presentes, principalmente em relação à expansão da cobertura da assistência no primeiro nível de complexidade e à criação de vínculos com as comunidades de um município que tem toda uma história de privilegiamento de práticas curativas, hospitalocêntricas e com altos investimentos na assistência de média e principalmente na alta complexidade. Apesar de Itaperuna ser um município de pequeno porte, todos esses fatores, de certa forma, justificam a dificuldade de tornar realidade todos os princípios propostos pelo PSF, já que não só os profissionais de saúde como toda a população tem em si introjetados os valores do antigo modelo assistencial.

Com base no projeto de ampliação do PSF, que data de 2001, e na pesquisa realizada sobre a dinâmica do programa local constatou-se que:

- O programa foi implantado em 1997 e as inovações e resultados positivos nas práticas da atenção básica por ele trazidas levaram a gestão municipal a incluir sua expansão na agenda de saúde local, através do Projeto de Ampliação do PSF, conforme discutido anteriormente. Apesar de não atingir a meta estabelecida em relação ao número de unidades implantadas e o percentual de

cobertura populacional pelo programa, houve um aumento de aproximadamente 100% nessa cobertura. O número de USF passou de oito para dezesseis e a cobertura populacional de 25 para 45,42% expandindo assim o acesso aos serviços básicos de saúde para as populações de maior risco social.

- A qualidade dos serviços prestados também melhorou, já que as comunidades assistidas pelo PSF passaram a receber um atendimento centrado na família, com apoio e assistência dos ACS e uma priorização no atendimento, se comparado à população total. A qualidade dos serviços prestados ainda precisa melhorar, daí a necessidade contínua de investimento em capacitações e educação permanente para os membros das equipes. Sabe-se que as capacitações ocorrem, porém a rotatividade dos profissionais impede a aplicabilidade deste investimento, que muitas vezes, perde-se na troca dos profissionais por outros não capacitados.
- A expansão das ações desenvolvidas necessita de ampliação, já que até então vêm se concentrando no atendimento à saúde do adulto, deixando de realizar ações da saúde da mulher e da criança que necessitam ser descentralizadas para as USF.
- É urgente a necessidade de se criar mecanismos de gerenciamento de recursos humanos para a melhoria e adequação dos contratos de trabalho para as ESF. Muitas ações deixam de ser desenvolvidas não, somente, pela falta de capacitação dos profissionais, mas também pela falta de comprometimento com a responsabilidade assumida. Os profissionais insatisfeitos com o vínculo e a remuneração do trabalho deixam de cumprir sua carga horária contratada, e assim realizam apenas aquelas ações mínimas para o “andamento” da unidade, deixando de colocar em prática as ações que sustentam os ideais do programa, ficando restritos, quase que exclusivamente, à prática curativa, desvalorizando os ideais de promoção e prevenção preconizados pelo novo modelo assistencial.
- Ao analisar as estruturas das unidades constatou-se que existe o mínimo de material necessário para a prestação de serviços e faltam medicamentos e

insumos da farmácia básica. Porém vale ressaltar que este não é um problema específico do PSF, mas sim a realidade de todo o sistema de saúde do País que não consegue custear toda a demanda que a população necessita. Espera-se que os resultados do programa a médio prazo possam melhorar as condições de saúde da população, diminuindo a demanda por medicamentos, exames complementares e procedimentos.

- Outro ponto que precisa ser melhorado diz respeito à referência e contra-referência, pois a garantia deste mecanismo é fundamental para o funcionamento da estratégia enquanto porta de entrada no sistema de saúde e garantia da facilitação do acesso, resolutividade e manutenção do vínculo com a comunidade assistida. A integração do programa com os demais níveis de complexidade deve ocorrer de forma regular e sistematizada, portanto é necessário que a gestão municipal crie mecanismos para garantir esta via de acesso ao serviço de saúde municipal.
- A população ainda não tem conhecimento dos seus direitos e deveres enquanto cidadãos, deixando de colocar em prática o controle social.

As colocações feitas anteriormente mostram pontos críticos que ainda precisam ser melhorado. Apesar dos indicadores do Pacto da Atenção Básica ainda pontuarem uma tendência negativa nos resultados esperados, não há dúvidas de que o PSF trouxe melhorias na atenção primária no município. Constata-se uma expansão da assistência nas zonas rurais que até então praticamente não tinham acesso aos serviços de saúde, que eram disponibilizados de forma centralizada. O atendimento à demanda gerava filas e a necessidade de chegar ao local do atendimento horas antes, ainda na madrugada, para se conseguir uma “ficha”, o que era praticamente inviável para o morador da zona rural pela dificuldade de locomoção até o Centro de Saúde. Atualmente toda a população da área rural recebe atendimento de saúde, nas USF ou pelo atendimento pela Unidade móvel, com o “Médico em sua casa”.

A população da área urbana também teve seu acesso facilitado, já que alguns problemas básicos da atenção primária podem ser resolvidos nas USF, dessa forma facilita o acesso da população coberta pelo programa e diminui o número de usuários que buscam a demanda do Centro de Saúde, reduzindo assim as filas para marcação de consultas e exames básicos.

As mudanças ocorridas no setor de saúde após o processo de reforma têm trazido repercussões para a gerência local do sistema. O município vem buscando investir em capacitações não só dos profissionais que atuam nos programas de saúde implantados como também na capacitação de seus gestores, através de Cursos de Especialização em Gestão Pública de Saúde, realizados com o apoio e custeio do município.

Portanto, constata-se que o perfil de prestação de serviços de saúde municipal vem apresentando mudanças, ainda que de forma lenta, nos setores de gestão, gerenciamento e prestação de serviços. Importante enfatizar que ainda existe uma forte tendência pela valorização da alta complexidade pelos prestadores de serviços locais. Espera-se que este trabalho possa servir de base para uma reflexão, por parte daqueles que gerenciam o setor, para que possam repensar estratégias de intervenção para o alcance do equilíbrio entre as práticas curativas e de prevenção e promoção de saúde. Assim poderá ser concretizada a prática dos princípios do SUS em toda a sua essência, com a melhoria do acesso, a universalização da assistência, o atendimento multidisciplinar, com valorização da intersetorialidade, a equidade ao acesso a todos os níveis de complexidade e a participação social para a conformação de um município cada vez mais saudável.

BIBLIOGRAFIA

ARES, F.P. *A reforma de saúde no Brasil*. In: entrevista Jornal O Globo, 2000.

BASTOS, A.C. DE SOUZA. *O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação*. In: Cadernos de Saúde, n. 14, abr./jun., Rio de Janeiro, 1998, p. 429-435.

BRASIL. *Constituição Federal*. Brasília: Imprensa Oficial, 1988. BRASIL.

_____. *Lei Orgânica de Saúde: Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. *Normas Operacionais Básicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993/ 1996.

_____. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, set., 1994.

_____. *Programa de Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil – Relatório Final*. Universidade Federal da Bahia / Instituto de Saúde Coletiva – Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. *Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. Atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. *Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- _____. *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. *Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil*. In: Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. *Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003*. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. *A Saúde no Brasil*. Secretaria da Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária/ Conselho Nacional Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2004.
- BRAVO, M. A. S. Et al. *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- CARVALHO & SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)*. São Paulo, 1995.
- CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEALT, R. *Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Hartz, 1997.
- COSEMS/RJ. *Manual do Gestor: SUS o avanço democrático da saúde*. Rio de Janeiro: COSEMS-RJ, 2001.
- FERNANDES, L. *Neoliberalismo e reestruturação capitalista*. In: BORÓN, A. et. al. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático*. São Paulo: Paz e Terra, 1995, p. 54- 61.

FIOCRUZ, *AVALIAÇÃO EM SAÚDE: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*/ Zulmira Maria de Araújo Hartz, Lígia Maria Vieira da Silva (organizadoras). – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275.

_____. *Gestão de Saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância*. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UnB, 1998.

GARCIA, Márcia (org) *Políticas e Gestão em Saúde*. / Organizado por Márcia Garcia e Virgínia Alonso Hortale. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde, 2004. – (Coleção Escola de Governo. Série Trabalhos de Alunos. Políticas e Gestão em Saúde; n. 2).

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação de Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LOBATO, L.V.C. de. *Reforma Sanitária e Reorganização dos Sistemas de Serviços de Saúde: efeitos sobre a cobertura e utilização de serviços*. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, FIOCRUZ. 2000.

MENDES, E.V. (org). *Distrito Sanitário: o sistema de mudanças das práticas Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. *E. A organização dos serviços de saúde em nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.

NEGRI & VIANA, A.L.D. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

OLIVEIRA & FLEURY, S. (Im) *Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

- PEDROSA, J. I. S. & J. B. M. T. *Consensos e Diferenças em Equipes do PSF*.
Cadernos de Saúde Pública vol.8 supl. Rio de Janeiro: 2002.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPERUNA/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:
Plano Municipal de Saúde: 2002/ 2005.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPERUNA/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:
Plano Municipal de Saúde: 2006/ 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPERUNA/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:
Projeto de Ampliação do Programa de Saúde da Família: 2001.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPERUNA/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:
Projeto de Implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança: 2005
- RICO, E. M. *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. São Paulo:
Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2001.
- SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio
de Janeiro: Campus, 1979.
- SENNA, M.C.M. *Racionalidade Técnica e Lógica Política: um estudo sobre o
processo de implantação do Programa de Saúde da Família em São
Gonçalo – RJ*. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública, Rio de Janeiro, FIOCRUZ. 2004.
- SERRA, J. *A porta do debate está aberta*. In: Revista Brasileira de Saúde da
Família. Brasília: Ministério da Saúde, n.2, set., 1994.
- SILVA, L.B. *Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década*. In: Revista
Perspectiva. N. 17. São Paulo, 2003, p. 69-85.
- SPOSATI, Aldaíza; FALCÃO, Maria do Carmo; FLEURY, Sônia Maria Teixeira. *O
direito (dos desassistidos) sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

- STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TEIXEIRA, Sônia F., et al. *Antecedentes da reforma Sanitária. Textos de Apoio*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO/ Secretaria Geral de Planejamento, *Estudo Sócio-econômico*, 2004 – Itaperuna, Rio de Janeiro: TCERJ.
- UNICAMP, 2005. *Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil*. Campinas: NEPP – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Informação disponível na homepage www.unicamp.br. Acesso em julho de 2005.
- VASCONCELLOS, M. da P. C. *Reflexões sobre a saúde da família*. In: MENDES, E. *A organização dos Serviços de saúde em nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- VIANA, A. L. d'A. & DAL POZ, M. R. *O processo de reforma em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: CEPES/ JMS/ UERJ, 1997.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário Para Avaliação

A SER RESPONDIDO POR UM FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

FUNÇÃO DO RESPONDENTE

DESDE

--	--	--

DATA

--	--	--

ENTREVISTADOR

.A.

DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) E A ESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DO PFS

1. Há quanto tempo esta equipe do PSF está em funcionamento, independente do cadastramento do SIAB?

anos e Meses

2. Qual a população adscrita à equipe?

famílias e pessoas cadastradas

3. Quanto a área de atuação, sua equipe trabalha em qual área?

urbana.

rural.

4. Quanto à estrutura física da sua Unidade de Saúde:

existe consultório médico.

existe consultório para a equipe de enfermagem.

existe consultório odontológico.

existe consultório odontológico em outra unidade ou serviço, dentro da área de abrangência da equipe.

existe sala de grupos e reuniões.

existe sala de imunização.

existe farmácia.

5. Quanto aos equipamentos básicos marque os que sua Unidade possui:

Tensiômetro _____ unidades

Estetoscópio _____ unidades

Termômetro _____ unidades

Balança de criança _____ unidades

Balança de adulto _____ unidades

Oftalmoscópio _____ unidades

Otoscópio _____ unidades

Glicosímetro _____ unidades

Nebulizador _____ unidades

Geladeira exclusiva para vacina _____ unidades

6. Quanto aos equipamentos de uso ginecológico, sua unidade possui:

Espéculo _____ unidades

Mesa ginecológica _____ unidades

Foco _____ unidades

Estetoscópio de Pinard _____ unidades

Sonar _____ unidades

7. Quanto a equipamentos odontológicos, sua Unidade possui:

- Cadeira odontológica
- Refletor
- Mocho
- Unidade auxiliar
- Estufa
- Autoclave
- Aparelho fotopolimerizador
- Compressor
- Jogo completo de instrumental para exame clínico
- Instrumental para exame periodontal

8. Quanto à disponibilidade de materiais para procedimentos de baixa complexidade, sua Unidade possui:

- Materiais descartáveis em quantidade suficiente
- Material para a retirada de pontos
- Material para pequenas cirurgias

9. Hoje há disponibilidade dos seguintes medicamentos da farmácia básica (independentemente da quantidade):

- Analgésicos / antitérmicos
- Broncodilatadores
- Antibióticos
- Anti-hipertensivos
- Anti-inflamatórios
- Corticóides para uso tópico
- Anticonvulsivantes
- Cardiotônicos
- Diuréticos
- Antibióticos para uso tópico

.B.

PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DO PSF

1. Quantas consultas foram realizadas na última semana, por especialidades básicas?

Consultas em clínica médica.

Consultas em ginecologia e obstetrícia.

Consultas em pediatria.

2. Quantos atendimentos e/ou consultas domiciliares foram efetuadas na semana passada pelos profissionais da equipe de sua Unidade?

Consultas pelo médico.

Consultas pelo enfermeiro.

Atendimentos pelos agentes comunitários de saúde.

Atendimentos por outros membros da equipe.

3. São realizadas reuniões internas com a equipe básica de atendimento na sua unidade de trabalho?

[] Sim

[] Não

Se positivo, quantas vezes?

a cada mês.

a cada dois meses.

em outro intervalo de tempo.

4. São realizadas reuniões da equipe básica de atendimento com a comunidade?

[] Sim

[] Não

Se positivo, quantas reuniões, em média, são efetuadas?

a cada mês.

a cada dois meses.

em outro intervalo de tempo.

5. Se positivo, quais reuniões foram realizadas no último mês?

01) _____.

02) _____.

03) _____.

6. Qual o objetivo das reuniões? (Indicar aos entrevistadores que se for mais de 1, os motivos podem ser diferentes)

01) _____.

02) _____.

03) _____.

7. Qual o critério de escolha dos temas?

8. Existem temas considerados importantes pela equipe que ainda não puderam ser abordados nas reuniões?

[] Sim

[] Não

9. Se afirmativo, por quê?

10. Existe um diagnóstico da sua comunidade no referente ao atendimento a ser prestado?

[] Sim

[] Não

Justifique:

11. Existe um mapa da comunidade com a identificação dos problemas e pontos críticos?

[] Sim

[] Não

12. Se existe, quando foi revisto e discutido pela última vez?

13. Foram definidas prioridades para ações e intervenções?

[] Sim

[] Não

14. Se positivo, quais?

15. Se não existe um mapeamento, como são definidos os temas mais importantes junto à comunidade?

16. Assinale as ações de saúde da criança que são efetivamente realizadas em sua Unidade:

- Vacinação de rotina.
- Acompanhamento e desenvolvimento em menores de 2 anos de idade.
- Acompanhamento de agravos prevalentes na infância.
- Vigilância nutricional.

17. Assinale as ações de saúde da mulher que são efetivamente realizadas em sua Unidade:

- Pré-natal.
- Prevenção do câncer de colo uterino.
- Planejamento familiar.
- Tratamento de afecções ginecológicas.

18. Assinale as ações de saúde do adulto que são efetivamente realizadas em sua Unidade:

- Diagnóstico e tratamento de diabetes.
- Diagnóstico e tratamento de hipertensão arterial.
- Diagnóstico e tratamento de hanseníase.
- Diagnóstico e tratamento de tuberculose.
- Cadastro e acompanhamento de doenças mentais.

19. Assinale as ações de saúde bucal que são efetivamente realizadas em sua Unidade:

- Atendimento de urgência.
- Atendimento a grupos prioritários.
- Atendimento a clientela específica de instituições e grupos de escolares.

20. Assinale as ações de vigilância epidemiológica que são efetivamente realizadas em sua Unidade:

- Notificação compulsória de doenças.
- Investigação de óbitos.

21. Sua Unidade promove Programas e Ações Educativas?

- Sim
- Não

Se positivo especificar qual(ais):

Se negativo, por que não?

.C.

CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PSF

1. Assinale quais os cursos de capacitação que já foram realizados por essa equipe:

- Treinamento introdutório para médicos e enfermeiros.
- Treinamento do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Capacitação em Imunização.
- Capacitação em AIDPI.
- Capacitação em Saúde da Mulher.
- Capacitação em Hipertensão Arterial.
- Capacitação em Diabetes.
- Capacitação em Hanseníase.
- Capacitação em Tuberculose.
- Abordagem Sindrômica de DST/AIDS.

2. Os profissionais capacitados utilizam os protocolos em sua prática diária?

- Sim
- Não

Se negativo, justifique:

.D.

APOIO DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

1. Assinale os exames complementares que são referenciados por essa Unidade:

- Patologia clínica (exames laboratoriais básicos da rotina ambulatorial de atenção primária).
- Teste de Elisa para HIV (AIDS).
- Raio X - sem contraste.
- Eletrocardiograma.
- Citopatologia de colo uterino.
- Colposcopia.
- Ultrassonografia.

2. Assinale os serviços especializados que são referenciados por essa Unidade:

- Cardiologia.
- Ortopedia.
- Oftalmologia.
- Psiquiatria.
- Neurologia.
- Fisioterapia.

3. Assinale os serviços disponíveis para referenciamento de pacientes desta Unidade:

- Pronto-socorro.
- Internação hospitalar em clínicas básicas.
- Internação hospitalar especializada.

4. Em sua opinião, quais os principais problemas em relação à referência e contra-referência encontrados nesta Unidade?

ANEXO II

Questionário para Avaliação da Gestão dos Profissionais de Saúde do PSF

SER RESPONDIDO PELO COORDENADOR DO PSF DO MUNICÍPIO DE ITAPERUNA.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

DATA

ENTREVISTADOR

1. Relatório de pessoal contratado para formação das Equipes de Saúde da Família (ESF):

MÉDICOS

Número de profissionais contratados:

Tempo médio de permanência na equipe (em meses):

Carga horária semanal contratada dos profissionais:

Carga horária semanal cumprida:

Salário bruto (em Reais):

Vínculo contratual de trabalho:

ENFERMEIROS

Número de profissionais contratados:

Tempo médio de permanência na equipe (em meses):

Carga horária semanal contratada dos profissionais:

Carga horária semanal cumprida:

Salário bruto (em Reais):

Vínculo contratual de trabalho:

AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Número de profissionais contratados:

Tempo médio de permanência na equipe (em meses):

Carga horária semanal contratada dos profissionais:

Carga horária semanal cumprida:

Salário bruto (em Reais):

Vínculo contratual de trabalho:

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Número de profissionais contratados:

Tempo médio de permanência na equipe (em meses):

Carga horária semanal contratada dos profissionais:

Carga horária semanal cumprida:

Salário bruto (em Reais):

Vínculo contratual de trabalho:

CIRURGIÕES-DENTISTAS

Número de profissionais contratados:

Tempo médio de permanência na equipe (em meses):

Carga horária semanal contratada dos profissionais:

Carga horária semanal cumprida:

Salário bruto (em Reais):

Vínculo contratual de trabalho:

TÉCNICOS DE HIGIENE DENTAL

Número de profissionais contratados:

Tempo médio de permanência na equipe (em meses):

Carga horária semanal contratada dos profissionais:

Carga horária semanal cumprida:

Salário bruto (em Reais):

Vínculo contratual de trabalho:

AUXILIARES DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO

Número de profissionais contratados:

Tempo médio de permanência na equipe (em meses):

Carga horária semanal contratada dos profissionais:

Carga horária semanal cumprida:

Salário bruto (em Reais):

Vínculo contratual de trabalho:

Assinale quais os cursos de capacitação que já foram oferecidos pelo município para os profissionais do PS Família, desde a sua implantação:

- Treinamento introdutório para médicos e enfermeiros.
- Treinamento do Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Capacitação em Imunização.
- Capacitação em AIDPI.
- Capacitação em Saúde da Mulher.
- Capacitação em Hipertensão Arterial.
- Capacitação em Diabetes.
- Capacitação em Hanseníase.
- Capacitação em Tuberculose.
- Abordagem Sindrômica de DST/AIDS.

ANEXO III

Questionário de Avaliação de Desempenho por Parte dos Membros da Equipe do PSF

A SER RESPONDIDO PELA (O) ENFERMEIRA (O) DA USF, PELO MÉDICO, PELO DENTISTA, PELO PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO E PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA EQUIPE.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

FUNÇÃO DO RESPONDENTE

DESDE

DATA

ENTREVISTADOR

1. Em sua opinião, como é a relação que existe entre você e os demais profissionais que trabalham em sua Unidade?

Muito boa.

Boa.

Regular.

Ruim.

Justifique a sua resposta:

2. Existe alguma especialidade que você acredita não estar cumprindo o papel que deveria dentro da sua Unidade?

Sim

Não

Se positivo, justifique sua resposta:

3. Como é o seu relacionamento com a comunidade assistida pelo programa?

Muito boa.

Boa.

Regular.

Ruim.

Justifique a sua resposta:

4. Como é o relacionamento da sua equipe com a comunidade assistida pelo programa?

Muito boa.

Boa.

Regular.

Ruim.

Justifique a sua resposta:

5. Como você avalia o atendimento domiciliar prestado por essa Unidade?

Muito boa.

Boa.

Regular.

Ruim.

Justifique a sua resposta:

6. Assinale os pontos críticos encontrados em sua comunidade que possam ter relação com o processo de saúde-doença da população:

[] Água.

[] Esgotamento sanitário domiciliar.

[] Eletricidade.

[] Acessibilidade dos serviços de transporte público.

[] Coleta de lixo domiciliar.

[] Creches de apoio.

[] Áreas de lazer.

[] Ensino básico.

[] Não tem problema algum.

[] Outros. Especificar: _____

7. Em sua opinião, quais os principais problemas encontrados nesta USF?

**ANEXO IV
PLANILHA PARA O ANEXO I
Questionário para Avaliação a Ser Respondido por um Funcionário Responsável pela Unidade de Saúde da Família**

QUESTÕES		UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA				
		1	2	3	4	5
		anos e meses	anos e meses	anos e meses	anos e meses	anos e meses
		08	07	07	08	05
		meses	10	07	02	04
1.	Há quanto tempo este equipe do PSF está em funcionamento, independente do cadastramento do SIAB?					
2.	Qual a população adscrita à equipe?	1.104	950	1.021	1.080	682
3.	Quanto à área de atuação, sua equipe trabalha em qual área?	3.650	3.800	3.475	3.477	2.175
		X	X	X	X	X
4.	Existente consultório médico.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Existente consultório para a equipe de enfermagem.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Existente consultório odontológico.	Não	Sim	Não	Não	Não
	Existente consultório odontológico em outra unidade ou serviço, dentro da área de abrangência da equipe.	Não	Não	Não	Não	Não
	Existente sala de grupos e reuniões.	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
	Existente sala de imunização.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Existente farmácia.	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
5.	Tensiómetro.	07	07	07	08	07
	Estetoscópio.	08	09	09	10	09
	Termômetro.	07	07	07	08	09
	Balança de criança.	02	01	02	01	01
	Balança de adulto.	01	01	02	01	01
	Oftalmoscópio.	00	00	00	01	00
	Otoscópio.	01	01	01	01	01
	Glicosímetro.	01	00	01	01	01
	Nebulizador.	01	01	01	02	01
	Geladeira exclusiva para vacina.	01	01	01	01	00
6.	Espéculo.	Descartável, o suficiente	50	60	40	40
	Mesa ginecológica.	01	01	01	01	01
	Foco.	02	01	01	02	01
	Estetoscópio de Pinard.	02	02	00	02	01
	Sonar.	00	00	00	00	01
7.	Cadeira odontológica.	Não	Sim	Não	Não	Não
	Refletor.	Não	Sim	Não	Não	Não
	Mocho.	Não	Sim	Não	Não	Não
	Unidade auxiliar.	Não	Sim	Não	Não	Não
	Estufa.	Não	Sim	Não	Não	Não
	Autoclave.	Não	Não	Não	Não	Não
	Aparelho fotopolimerizador.	Não	Sim	Não	Não	Não
	Compressor.	Não	Sim	Não	Não	Não
	Jogo completo de instrumental para exame clínico.	Não	Sim	Não	Não	Não
	Instrumental para exame periodontal.	Não	Sim	Não	Não	Não
8.	Quanto à disponibilidade de materiais para procedimentos de baixa complexidade, sua Unidade possui:	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Quanto à disponibilidade de materiais para procedimentos de baixa complexidade, sua Unidade possui:	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Material para a retirada de pontos.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Material para pequenas cirurgias.	Sim	Não	Sim	Sim	Sim

A. DA IMPLANTAÇÃO DO PSF E A ESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DO PSF

	QUESTÕES		UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA				
			1	2	3	4	5
A.	9. Hoje há disponibilidade dos seguintes medicamentos da farmácia básica (independentemente da quantidade):	Analgésicos/antitérmicos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
		Broncodilatadores.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
		Antibióticos.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
		Anti-hipertensivos.	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
		Anti-inflamatórios.	Não	Sim	Sim	Não	Não
		Corticóides para uso tópico.	Sim	Não	Não	Sim	Sim
		Anticonvulsivantes.	Não	Não	Não	Não	Não
		Cardiotônicos.	Não	Não	Não	Não	Não
		Diuréticos.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
		Antibióticos para uso tópico.	Sim	Não	Sim	Sim	Não
B. PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DO PSF	1. Quantas consultas foram realizadas na última semana, por especialidades básicas?	Consultas em clínica médica.	102	200	100	108	86
		Consultas em ginecologia e obstetrícia.	08	12	00	04	17
		Consultas em pediatria.	12	130	00	46	27
		Consultas pelo médico.	106	10	03	16	22
		Consultas pelo enfermeiro.	20	08	22	12	15
		Atendimentos pelos agentes comunitários de saúde.	210	240	300	212	123
		Atendimentos por outros membros da equipe.	50	10	00	14	08
		3. São realizadas reuniões internas com a equipe básica de atendimento na sua unidade de trabalho?	Sim.	01	04	02	02
			A cada mês.				
			Em outro intervalo de tempo.				
4. São realizadas reuniões da equipe básica de atendimento com a comunidade?	Sim.	04	01	01	01		
	A cada mês.						
	Em outro intervalo de tempo.						
5. Se positivo, quais reuniões foram realizadas no último mês?	Hipertensão		Gestantes	Prevenção Câncer de Colo Uterino	DST/AIDS	Hipertensos	
	Diabetes		Educação em saúde				
	Gestantes		Orientações específicas para a gestante	Orientações e esclarecimento de dúvidas			
6. Qual o objetivo das reuniões?	Educação em saúde		Orientações específicas para a gestante	Orientações e esclarecimento de dúvidas	Prevenção de DST/AIDS	Educação em Saúde	
	Adequação e preparo para o parto		Orientação sobre a saúde de crianças, adolescentes e idosos				
	Educação física		Necessidade da comunidade	Necessidade da comunidade			
7. Qual o critério de escolha dos temas?	Educação em saúde		Necessidade da comunidade	Necessidade da comunidade			
	Necessidade de grupos específicos						

QUESTÕES		UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA					
		1	2	3	4	5	
8.	Existem temas considerados importantes pela equipe que ainda não puderam ser abordados nas reuniões?	Sim. Não.	X	X	X	X	X
9.	Se afirmativo, por quê?		Há 01 mês houve caso de meningite na comunidade e desde então se tenta disponibilizar um agendamento para orientações sobre a doença	Falta de tempo da ESF	Não respondeu	Não respondeu	
10.	Existe um diagnóstico da sua comunidade no referente ao atendimento a ser prestado?	Sim. Não.	X	X	X	X	X
11.	Existe um mapa da comunidade com a identificação dos problemas e pontos críticos?	Sim. Não.	X	X	X	X	X
12.	Se existe, quando foi revisto e discutido pela última vez?		Há mais de 01 ano	Há 02 anos	Há 02 anos	Há 1 ano 6 meses	
13.	Foram definidas prioridades para ações e intervenções?	Sim. Não.	X	X	X	X	X
14.	Se positivo, quais?		Gestantes	Hipertensos	Hipertensos	Hipertensos	Diabéticos Orientação cuidados com crianças
			Puerpério				
			Crianças menores de 02 anos				
15.	Se não existe mapeamento, como são definidos os temas mais importantes junto à comunidade?		Não foram definidos	Os ACS trazem as necessidades pontuadas pela comunidade			
16.	Assinale as opções de saúde da criança que efetivamente realizadas em sua Unidade:		Sim	Sim	Sim	Sim	Não
	Vacinação de rotina.		Sim	Sim	Sim	Sim	Não
	Acompanhamento e desenvolvimento em menores de 2 anos de idade.		Sim	Sim	Sim	Sim	Não
	Acompanhamento de agravos prevalentes na infância.		Sim	Sim	Sim	Sim	Não
	Vigilância nutricional.		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
17.	Assinale as ações de saúde da mulher que são efetivamente realizadas em sua Unidade:		Não	Não	Não	Não	Não
	Pré-natal.		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Prevenção do câncer de colo uterino.		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Planejamento familiar.		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Tratamento de afecções ginecológicas.		Não	Sim	Sim	Sim	Sim
	Diagnóstico e tratamento de diabetes.		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
18.	Assinale as ações de saúde do adulto que são efetivamente realizadas em sua Unidade:		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Diagnóstico e tratamento de hipertensão arterial.		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Diagnóstico e tratamento de hanseníase.		Sim	Não	Não	Não	Não
	Diagnóstico e tratamento de tuberculose.		Sim	Não	Não	Não	Não
	Cadastro e acompanhamento de doenças mentais.		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

	QUESTÕES			UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA				
	1	2	3	4	5			
19. Assinale as ações de saúde bucal que são efetivamente realizadas em sua Unidade:	Atendimento de urgência.	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
	Atendimento aos grupos prioritários.	Sim	Não	Não	Sim			Sim
	Atendimento a clientela específicas de instituições e grupos escolares.	Sim	Sim	Não	Não			Não
20. Assinale as ações de vigilância epidemiológica que são efetivamente realizadas em sua Unidade:	Notificação compulsória de doenças.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Investigação de óbitos.	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não
21. Sua Unidade promove Programas e Ações Educativas?	Sim.	Grupos específicos	Palestras em escolas sobre prevenção de DST/AIDS e planejamento familiar	Palestras sobre Prevenção DST/AIDS	Reuniões de grupos específicos	Reunião e palestras de assuntos relevantes		
	Não.		Prevenção de cáries e Câncer de boca	Educação em Saúde				
22. C. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PSF	Treinamento introdutório para médicos e enfermeiros.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Treinamento do Sistema de Informação da Atenção Básica.	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Capacitação em Imunização.	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não
	Capacitação em AIDPI.	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
	Capacitação em Saúde da Mulher.	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
	Capacitação em Hipertensão Arterial.	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
	Capacitação em Diabetes.	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
	Capacitação em Hanseníase.	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
	Capacitação em Tuberculose.	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
	Abordagem Síndrômica de DST/AIDS.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
23. Os profissionais capacitados utilizam os protocolos em sua prática diária?	Sim.	Centralização de alguns programas no Centro de Saúde					Protocolos não são usados na rotina da Unidade	Falta de comprometimento com os programas
	Não.	Profissionais capacitados não colocam os protocolos em prática						

QUESTÕES		UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA				
		1	2	3	4	5
1. Assinale os exames complementares que são referenciados por essa Unidade:	Patologia clínica (exames laboratoriais básicos da rotina ambulatorial de atenção primária).	Não	Não	Não	Não	Não
	Teste de Elisa para HIV (AIDS).	Não	Sim	Não	Não	Não
	Raio-X, sem contraste.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Eletrocardiograma.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Citopatologia de colo uterino.	Não	Sim	Não	Não	Não
	Colposcopia.	Não	Sim	Não	Não	Não
	Ultrassonografia.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Cardiologia.	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
	Ortopediá.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Oftalmologia.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
2. Assinale os serviços especializados que são referenciados por essa Unidade:	Psiquiatria.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Neurologia.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Fisioterapia.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Pronto-socorro.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
3. Assinale os serviços disponíveis para encaminhamento de pacientes desta Unidade:	Internação hospitalar em clínicas básicas.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Internação hospitalar especializada.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
4. Em sua opinião, quais os principais problemas em relação à referência e contra-referência encontrados nesta Unidade?	Baixa resolutividade	Baixa resolutividade	Baixa resolutividade	Falta contra-referência	Falta de protocolo para referência e contra-referência	Baixa resolutividade
	Longo prazo de espera no agendamento	Falta contra-referência	Longo tempo de espera na referência	Demora no agendamento de exames	Falta contra-referência	

.D. APOIO DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

