

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

IVAN PAULINO

Efetividade das ações da Estratégia Saúde da Família frente aos desafios da  
Atenção Básica em Saúde

Rio de Janeiro  
2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

IVAN PAULINO

Efetividade das ações da Estratégia Saúde da Família frente aos desafios da  
Atenção Básica em Saúde

Dissertação apresentada à Universidade  
Estácio de Sá, como requisito parcial para a  
obtenção do grau de Mestre em Saúde da  
Família.

Orientadora Profa. Dra. Valéria Ferreira  
Romano.

Rio de Janeiro  
2008

IVAN PAULINO

Efetividade das ações da Estratégia Saúde da Família frente aos desafios da  
Atenção Básica em Saúde

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora Profa Dra. Valéria Ferreira Romano.

Aprovada

BANCA EXAMINADORA

---

**Profª Drª Valéria Ferreira Romano - Presidente**  
Universidade Estácio de Sá

---

**Prof. Dr. Haroldo José de Matos**  
Universidade Estácio de Sá

---

**Profª Drª Kátia Sydrônio de Souza**  
Fundação Oswaldo Cruz

Aos meus filhos Ivo, Livia e Igor, ao meu neto Gabriel e para Lucilene Becker, razão de minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo idealismo que me concedeu.

A minha orientadora, Dra. Valéria Romano e demais professores do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, pelas inesquecíveis lições.

Ao Dr. Haroldo Mattos e Dra. Kátia Sydrônio pela gentileza da participação na banca de qualificação.

Aos acadêmicos Bruno Grillo Plm e Poliana Nunes Alves pela ajuda na coleta de dados.

A Secretária do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Srta. Aline Luna, pelo apoio em todos os momentos.

Aos colegas de classe pelo incentivo e companheirismo.

“Saúde é uma propriedade contínua, potencialmente mensurável pela habilidade dos indivíduos enfrentarem agressões sejam químicas, físicas, infecciosas, psicológicas ou sociais. O enfrentamento é medido pela cura e velocidade. Qualquer insulto pode ter uma função de treinamento” a recíproca frequentemente será um estágio ligeiramente maior de saúde. A pessoa e o corpo aprendem alguma coisa.” (Ralph Andy)

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica  
ABS – Atenção Básica em Saúde  
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AE – Auxiliar de Enfermagem  
AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CF – Constituição Federal  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família  
PSF – Programa Saúde da Família  
SF – Saúde da Família  
SIAB – Sistema de Informações de Atenção Básica  
SIS – Sistema de Informações em Saúde  
SISPACTO – Sistema de Informação em Saúde Pactuada  
VD – Visita Domiciliar



## LISTA DE QUADROS

1. Taxa de Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006. **121**
2. Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer por 1000 nascidos vivos, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006. **122**
3. Taxa de internações hospitalares por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 05 anos de idade, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006. **122**
4. Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006. **123**
5. Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006. **124**
6. Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC), pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006. **124**
7. Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC), pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006. **125**
8. Proporção de internações por diabetes mellitus, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006. **126**
9. Proporção de abandono de tratamento da tuberculose, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006. **126**
10. Taxa de incidência de Tuberculose Pulmonar Positiva (BK+), pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006. **127**
11. Coeficiente de detecção de casos de hanseníase, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006. **127**
12. Número de observações de indicadores do pacto de atenção básica realizadas, correlacionadas com o número de vezes que as metas pactuadas foram atingidas pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006. **128**
13. Avaliação da qualidade, segundo as condições de estrutura e infra-estrutura, oferecidas às equipes do PSF nos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, em 2008. **129**
14. Avaliação da qualidade, segundo os processos de organização dos serviços e práticas (modelo do Ministério da Saúde) desenvolvidos pelas equipes do PSF, nos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, em 2008. **129**

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como uma proposta de reorganização dos serviços da atenção básica em saúde, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. A partir de um estudo ecológico, a pesquisa afere a efetividade das ações desenvolvidas pela ESF frente aos desafios de oferecer atenção básica em dois municípios do sul do Estado do Espírito Santo (Rio Novo do Sul e Vargem Alta). Foi realizado um levantamento de indicadores epidemiológicos da atenção primária em saúde que foram comparados com as metas pactuadas pelos municípios estudados, além de pesquisar as condições de trabalho e o grau de adesão das equipes saúde da família às premissas da atenção básica em saúde. Foram estudados 11 indicadores epidemiológicos da atenção básica em saúde, entre os anos 2002 e 2006, com um total de 54 observações, onde às equipes da ESF do município de Rio Novo do Sul atingiram as metas pactuadas 43 vezes (79.6%) e às equipes da ESF do município de Vargem Alta atingiram as metas pactuadas 45 vezes (83.3%). Com relação a qualidade, segundo as condições de estrutura e infra-estrutura oferecidas às equipes da ESF, o município de Rio Novo do Sul conta com 4 equipes (80%) com qualidade "B" (boa) e 1 equipe (20%) com qualidade "D" (em desenvolvimento), enquanto que o município de Vargem Alta conta com 3 equipes (42.8%) com qualidade "B" (boa), 1 equipe (14.2%) com qualidade "C" (consolidada) e 3 equipes (42.8) com qualidade "D"(em desenvolvimento). Segundo os processos de organização dos serviços e práticas desenvolvidas pelas equipes da ESF, o município de Rio Novo do Sul conta com 2 equipes (40%) com qualidade "B" (boa) e 3 equipes (60%) com qualidade "C" (consolidada), enquanto que, o município de Vargem Alta conta com 4 equipes (57.1%) com qualidade "C" (consolidada) e 3 equipes com qualidade "D" (em desenvolvimento). No estudo, os dados demonstram a efetividade das ações da ESF com relação a atenção básica em saúde no cumprimento de metas pactuadas, e ainda que, os municípios estudados, embora não tenham condições de oferecerem às equipes da ESF uma estrutura e infra-estrutura com qualidade "A"(avançada), como seria o ideal, o trabalho, segundo as práticas tidas como modelo pelo Ministério da Saúde, encontram-se num patamar satisfatório em termos de qualidade.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Efetividade. Atenção Básica em Saúde.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) emerges as a reorganization of the Health Basic Attention, giving priority to the promotion actions, protection and recovery of the people and the family. From an ecologic study, this research gauge the effectiveness of the actions developed by the FHS front the challenges of offer basic attention in two counties from the south of Espírito Santo state (Rio Novo do Sul and Vargem Alta). It was made a survey of the epidemiologic indicators from a primary attention in health, this survey was compared to main aims mentioned by the studied counties, beyond a work conditions research and the adherence degree of the Health Family teams in premises of the Health Basic Attention. Eleven (11) epidemiologic indicators of the basic attention in health were studied, between the years 2002 and 2006, with a total of 54 observations, where the FHS teams from the Rio Novo do Sul county reached their purpose 43 times (79.6%) and the teams from Vargem Alta reached their purpose in 45 times (85.3%). Related to the quality, as the structure conditions offered to FHS teams, the Rio Novo do Sul county can count with 4 teams (80%) with quality "B" (good) and 1 team (20%) with quality "D" (developing), while the Vargem Alta count can count with 3 teams (42.8%) with quality "B" (good), 1 team (14.2%) with quality "C" (consolidated) and 3 teams (42.8%) with quality "D" (developing). According to service organization process and the practice developed by the FHS teams, the Rio Novo do Sul county can count with 2 teams (40%) with quality "B" (good) and 3 teams (60%) with quality "C" (consolidated), while the Vargem Alta county can count with 4 teams (57.1%) with quality "C" (consolidated) and 3 teams with quality "D" (developing). At the study, the data show the effectiveness of the FHS actions when related to the health basic attention in the accomplishment of the main aims, even if, the studied counties, even if they don't have the conditions to offer to FHS teams a structure with quality "A" (advanced), as it would be the ideal, the work, as the practice gotten from the Health Ministry model, they are found at a satisfactory landing when we talk about quality.

**Key-words:** Family Health. Effectiveness. Health Basic Attention.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Tema do estudo</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Contexto</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Justificativa</b>	<b>16</b>
<b>1.4 Identificação e formulação do problema</b>	<b>18</b>
<b>1.5 Hipótese</b>	<b>18</b>
<b>1.6 Objetivos</b>	<b>18</b>
<b>2. O PESQUISADOR</b>	<b>20</b>
<b>3. OS MUNICÍPIOS DE RIO NOVO DO SUL E VARGEM ALTA:     CENÁRIOS DO ESTUDO</b>	<b>24</b>
<b>4. REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>26</b>
<b>4.1 O direito a Saúde</b>	<b>26</b>
<b>4.1.a</b> Apontamentos sobre Direitos Fundamentais	<b>26</b>
<b>4.1.b</b> Saúde como direito subjetivo	<b>27</b>
<b>4.1.c</b> Direito constitucional à saúde e o Sistema Único de Saúde	<b>35</b>
<b>4.1.d</b> A saúde na visão constitucional	<b>38</b>
<b>4.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)</b>	<b>45</b>
<b>4.3 Dimensões Éticas e a Estratégia Saúde da Família</b>	<b>52</b>
<b>4.4 Histórico da Estratégia Saúde da Família</b>	<b>65</b>
<b>4.5 O Território e a Estratégia Saúde da Família ESF</b>	<b>80</b>
<b>4.6 Saúde da Família (SF): uma estratégia para reorientação do         modelo assistencial</b>	<b>81</b>
<b>4.7 Objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF)</b>	<b>84</b>
<b>4.8 Diretrizes operacionais da Estratégia Saúde da Família</b>	<b>84</b>
<b>4.8.a</b> Adscrição da clientela	<b>85</b>
<b>4.8.b</b> Cadastramento	<b>85</b>
<b>4.8.c</b> Instalação das Unidades Básicas Saúde da Família	<b>86</b>
<b>4.8.d</b> Composição das equipes	<b>86</b>
<b>4.8.e</b> Atribuições das Equipes de Saúde da Família	<b>87</b>
<b>4.8.f</b> Atribuições do médico	<b>88</b>
<b>4.8.g</b> Atribuições do enfermeiro	<b>89</b>
<b>4.8.h</b> Atribuições do Auxiliar de Enfermagem	<b>90</b>
<b>4.8.i</b> Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	<b>90</b>

<b>4.9 Reorganização das práticas de trabalho</b>	<b>91</b>
<b>4.9.a</b> Diagnóstico de saúde da comunidade	<b>91</b>
<b>4.9.b</b> Estratégias para o cadastramento	<b>93</b>
<b>4.9.c</b> Planejamento e programação a nível local	<b>95</b>
<b>4.9.d</b> Complementaridade	<b>96</b>
<b>4.9.e</b> Abordagem multiprofissional	<b>96</b>
<b>4.9.f</b> Referência e contra-referência	<b>97</b>
<b>4.9.g</b> Educação continuada	<b>97</b>
<b>4.9.h</b> Estímulo à ação intersetorial	<b>98</b>
<b>4.9.i</b> Acompanhamento e avaliação	<b>98</b>
<b>4.9.j</b> Controle social	<b>99</b>
<b>4.10 Níveis de competência</b>	<b>100</b>
<b>4.10.a</b> Nível nacional	<b>100</b>
<b>4.10.b</b> Nível estadual	<b>101</b>
<b>4.10.c</b> Nível municipal	<b>102</b>
<b>4.11 Implantação da Estratégia Saúde da Família</b>	<b>102</b>
<b>4.11.a</b> Sensibilização e divulgação	<b>103</b>
<b>4.11.b</b> Adesão	<b>103</b>
<b>4.11.c</b> Recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos	<b>104</b>
<b>4.11.d</b> Capacitação das equipes	<b>105</b>
<b>4.11.e</b> Financiamento	<b>108</b>
<b>4.12 Instalação da Estratégia Saúde da Família</b>	<b>108</b>
<b>4.13 Prioridades da Estratégia Saúde da Família</b>	<b>109</b>
<b>4.14 Pactos pela Saúde – 2006</b>	<b>110</b>
<b>4.15 Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família</b>	<b>110</b>
<b>4.16 Metodologias de avaliação da qualidade em saúde</b>	<b>111</b>
<b>4.17 Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)</b>	<b>113</b>
<b>5. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS</b>	<b>114</b>
<b>5.1 Tipo de estudo, natureza e abordagem</b>	<b>114</b>
<b>5.2 Cenário do estudo</b>	<b>114</b>
<b>5.3 População de estudo</b>	<b>114</b>
<b>5.4 Instrumentos de coleta de dados</b>	<b>114</b>
<b>5.5 Análise dos dados</b>	<b>116</b>

5.6 Análise de riscos e benefícios para a população estudada	118
5.7 Resultados esperados	118
6. RESULTADOS/DISCUSSÃO	120
7. CONCLUSÃO	131
8. REFERÊNCIAS	133
9. APÊNDICES	141
10. ANEXOS	142
ANEXO 1	142
ANEXO 2	147
ANEXO 3	154

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Tema do estudo**

A pesquisa avalia a efetividade das ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) frente aos desafios da atenção básica em saúde, tendo como pano de fundo, dois municípios do Estado do Espírito Santo (Rio Novo do Sul, com 16.000 habitantes e Vargem Alta, com 28.000 habitantes), com algumas características que consideramos interessantes para o estudo, tais como: são municípios de origem italiana, com cobertura de 100% do seu território pela ESF, com equipes completas e dentro dos parâmetros do Ministério da Saúde, sem rotatividade de profissionais, e ainda, que foram capacitadas pelo pesquisador.

O interesse pelo tema partiu de nossa vivência, por seis anos, como Secretário Municipal de Saúde do município de Vargem Alta e ainda, por quatro anos, como assessor do Secretário Municipal de Saúde do município de Rio Novo do Sul e Coordenador da Estratégia de Saúde da Família de Rio Novo do Sul. Na época, os desafios foram imensos, vivíamos a implementação do Sistema Único de Saúde, participamos, como gestor, das Normas Operacionais Básicas dos anos 93, 96 e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) dos anos 2001 e 2002.

### **1.2 Contexto**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem com o propósito de levar a saúde para mais perto da população, e conseqüentemente, otimizar a qualidade de vida das pessoas através do desenvolvimento de ações que visam, acima de tudo, a prevenção de agravos, garantindo assim, a promoção da saúde. A ESF por ser uma proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), não deixa de considerar os seus princípios que versam a descentralização, municipalização, integralidade e a equidade, além de acrescentar a efetiva participação popular. Nesse sentido, torna-se preponderante o trabalho dos profissionais que atuam nas equipes saúde da família.

O estudo identifica, através da avaliação dos indicadores da atenção básica pactuados, as metas alcançadas e, por meio de questionário estruturado, as condições de trabalho e a adesão de cada equipe aos objetivos propostos pelo Ministério da Saúde.

Avaliar significa formar opinião, julgar e emitir juízo de valor sobre determinado assunto (AMQ, 2006:09). Frequentemente a temática avaliação está associada a aspectos negativos, tais como: punição, classificação e eliminação dos que não alcançam determinado resultado; no entanto, esta não é a vertente do estudo.

Com relação às condições de trabalho e o grau de adesão das equipes de saúde da família às premissas da atenção básica em saúde, as consideramos como fundamentais para o sucesso da Estratégia Saúde da Família, fator preponderante para o oferecimento de serviços de boa qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **1.3 Justificativa**

A Estratégia de Saúde da Família surge como uma proposta de reorganização dos serviços da atenção básica, priorizando 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. Com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital, a estratégia privilegia a parte preventiva, mostrando que oferecer às famílias serviços de saúde mais humanizados em suas próprias comunidades resulta em melhorias importantes nas condições de saúde da população.

É o que reforça o Ministério da Saúde (2001:16):

“(…) Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direitos, é observar cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia (...)”

A Estratégia de Saúde da Família começa a traçar sua trajetória no início da década de 80, quando alguns países iniciaram os primeiros passos nessa direção,



podendo ressaltar Canadá, Cuba e Inglaterra como pioneiros das mudanças nos serviços básicos de saúde, de resolutividade e impacto reconhecidos.

No Brasil, a elaboração da estratégia de reorganização da Atenção Básica foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Posteriormente, em janeiro de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, o Programa de Saúde da Família foi institucionalizado, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários.

De acordo com Soares (2003:16)

“(...) O PSF pode ser entendido como uma estratégia para contribuir com a melhoria das condições de vida e, subseqüentemente, do nível de saúde da população, possibilitando a integração e promovendo a organização das atividades em um território definido, com o objetivo de promover o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.”

Possibilitar o acesso de todos ao serviço de saúde não é uma tarefa fácil, todavia a estratégia vem para implementar os princípios do Sistema Único de Saúde, de integralidade, universalidade, equidade e participação popular, sendo esta criação uma das iniciativas de destaque em prol da saúde. Oferecer à população ações de saúde acessíveis, resolutivas e humanizadas é uma responsabilidade a ser compartilhada pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde. Investir na melhoria da qualidade dos serviços, considerando todos os níveis de atenção, significa promover a saúde, reduzir riscos e a morbimortalidade, garantindo maior efetividade e eficiência.

Tendo em vista o que foi citado, percebe-se a magnitude que envolve a Estratégia Saúde da Família, e conseqüentemente, sua enorme contribuição para a população por ela coberta, tornando-se assim, uma proposta que só tem a trazer aspectos positivos para o município que a tenha implementado. Porém, a partir do momento que o município decida pela sua implantação, este deve estar ciente de suas obrigações como gestor da saúde, e provavelmente, estar disposto a cumpri-las.

Dessa forma, percebe-se a relevância do tema estudado, onde os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica em Saúde (SIAB), traduzidos em indicadores epidemiológicos da atenção básica em saúde foram comparados com as metas pactuadas pelos municípios na atenção básica em saúde num estudo

ecológico, buscando-se revelar a efetividade das ações da Estratégia Saúde da Família, como estratégia prioritária, frente aos desafios da oferta de assistência à saúde comunitária de qualidade, e ainda, o grau de qualidade da assistência ofertada à população, contribuindo para inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes e espaços da ESF, checando o estágio de desenvolvimento alcançado pelos municípios, considerando-se o trabalho das equipes, e ainda, contribuindo para a construção da capacidade avaliativa na área da qualidade nas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios estudados.

#### **1.4 Identificação e formulação do problema**

A Estratégia Saúde da Família é efetiva, como metodologia prioritária na atenção básica em saúde, diante do enfrentamento das particularidades locais dos municípios?

#### **1.5 Hipótese**

A Estratégia Saúde da Família é efetiva, como metodologia prioritária, na atenção básica em saúde, diante do enfrentamento de particularidades locais, sendo capaz de reverter indicadores negativos da atenção básica em saúde, em municípios, desde que disponha de equipes motivadas, capacitadas e afinadas com as premissas do Ministério da Saúde.

#### **1.6 Objetivos**

##### **Geral**

Analisar a efetividade das ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família frente aos desafios da oferta de atenção básica em saúde nos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no sul do Estado do Espírito Santo.

**Objetivos específicos**

- Listar os indicadores epidemiológicos da atenção básica em saúde pactuados pelos gestores municipais;
- Identificar os indicadores epidemiológicos da atenção básica alcançados pela ESF nos municípios estudados;
- Avaliar as condições de trabalho das equipes Saúde da Família;
- Averiguar o grau de adesão das equipes Saúde da Família às premissas do trabalho com a atenção básica em saúde;

## 2. O PESQUISADOR

Ao realizarmos um de nossos sonhos de vida, no momento que submeto a uma banca de doutores, o conteúdo de uma pesquisa, buscando o mérito de “mestre” em Saúde da Família, consideramos importante ousar, com um “Memorial”, buscando esclarecer, mediante reflexão, sobre o que fomos, o que somos e o que seremos.

Nasci em 15 de junho de 1951, no distrito de Marechal Hermes, na época pertencente a Cidade do Rio de Janeiro. Filho de família simples onde meu pai era industriário e minha mãe professora primária, tive uma infância feliz mas atormentada por fases de doenças como a poliomielite e asma brônquica, que limitavam-me nas brincadeiras da primeira infância e por muitas vezes levaram-me a internações hospitalares e acredito ser esse fato o que levou-me a gostar da área da saúde e a minha opção profissional. Gostava de brincar com plantas e aprendi a gostar delas, da arte, da música, pois aprendi a desenhar e pintar com meu pai, a escrever com minha mãe e entrei no ensino fundamental já alfabetizado, aos seis anos de idade. Sempre gostei de estudar e desde pequeno, os livros foram uma constância.

Na juventude, passamos pelo ensino médio e vivenciei o golpe militar, os protestos, a repressão política, ao mesmo tempo que saboriávamos o rock, a jovem guarda e a bossa nova, e ainda, treinávamos como atleta de natação e judô, no Clube de Regatas Vasco da Gama, onde essa prática de esporte diária, foi responsável pela saúde e pela resistência física, diante de elevadas horas de trabalho, que hoje executo.

Na busca pelo primeiro dinheiro, participei como músico de uma banda musical, onde tocávamos rock e jovem guarda brasileira. Conheci pessoas e lugares diferentes, atravessei uma juventude alegre e sadia, conheci o amor e meus primeiros relacionamentos. Enfrentei o dragão do vestibular para Universidades Públicas, tentei a medicina por duas vezes e entrei no Curso de Enfermagem como primeiro colocado na Escola de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Na vivência universitária, muito estudei, fui monitor, líder de classe, aluno residente e tive a sorte de estudar na melhor escola de enfermagem do Brasil, fundada por Carlos Chagas, tradicionalista no estilo Nightingueliano, na praia de

Botafogo, num dos pontos mais bonitos do Rio de Janeiro. O ensino era rigoroso, os alunos muito bem acompanhados, os professores excelentes mestres e graças a esse ensino, tive base e uma formação acadêmica exemplar, tendo sido condecorado com a medalha “Ana Nery”, que até hoje a guardo com muito carinho.

Meu início profissional foi no Hospital Universitário Francisco de Assis, na Avenida Presidente Vargas, Rio de Janeiro, hoje infelizmente, o “velho Chico” como chamavamos, abandonado no centro da cidade maravilhosa. A seguir nossa vivência foi numa das melhores clínicas particulares do Rio de Janeiro, a Clínica São Vicente S.A., localizada na Gávea, onde eram internados, na maioria, médicos para cirurgia, artistas e personalidades cariocas. Meu chefe, médico proprietário, chamava-se Dr. Fernando Paulino, “o cirurgião dos cirurgiões”, como era tido na imprensa, por sua clientela ser eminentemente de médicos. Nessa clínica, usava-se roupa de cama e material descartável, numa época que nos demais hospitais isso era tido como “coisa de americano”, como diziam.

Casei-me cedo e deixei para trás toda a oportunidade de trabalho no Rio de Janeiro, o Hospital Universitário que abria as portas para meus colegas de turma, em especial, por ser a primeira turma de homens numa escola tradicionalmente para mulheres, e talvez a carreira de professor universitário, para migrar para Cachoeiro de Itapemirim, Estado do Espírito Santo, com o propósito de auxiliar na organização do serviço de enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim. Nesse hospital vivenciei a “época de ouro” dos hospitais, onde o governo militar incentivava a criação, organização e reordenação dos hospitais, com o dinheiro vindo do INPS, facilitado e a fundo perdido. Particpei da organização do Centro de Tratamento Intensivo, enfermarias, treinei pessoal para o trabalho em enfermagem, sempre preocupado em manter um serviço de qualidade. Particpei da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes–CIPA, Diretoria da Associação de Funcionários da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, Cooperativa de Crédito de Funcionários, Grupo de Teatro, da humanização nas pastorais da saúde e da criança e ainda, ativamente da profissão, como membro da União Nacional dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem-UNATE, Associação Brasileira de Enfermagem Capítulo do Espírito Santo (ABen-ES) e como Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Espírito Santo (COREN-ES).

Devido à morte de meu pai na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, por infecção hospitalar, iniciamos o trabalho de busca de informações sobre esse mal hospitalar, visitamos outros centros, conheci pessoas de destaque nacional e vivenciei um momento de criatividade e crescimento profissional sem par, participando de Congressos e Eventos, quase que mensalmente, por todo o Brasil, convidado pelo Ministério da Saúde e diversas associações profissionais brasileiras.

Em 1992 vi a cólera chegar ao Brasil, convidado pelo Ministério da Saúde, deixei a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim e participei da chamada “OCAS”-Operação Cólera Alto Solimões, no Estado do Amazonas, destinada a bloquear a epidemia no norte do Brasil. Conheci e me apaixonei pela Amazônia, seus municípios, seu povo, caboclos e índios, sua cultura e sua miséria. Vivenciei outro Brasil, conheci a equipe que no Ceará iniciava o trabalho com Agentes Comunitários de Saúde e participei do primeiro treinamento de ACS no Amazonas, onde meus alunos, caboclos e índios, receberam seus certificados de conclusão das mãos do Ministro da Saúde, Dr. Alceni Guerra, pessoalmente. Participei de encontros no Ministério da Saúde sobre a cólera, vimos sua evolução e no Estado do Espírito Santo treinávamos ACS em municípios diversos, que mais tarde iriam dar atendimento às comunidades de risco. Pudemos participar do primeiro treinamento no Programa Saúde da Família ministrado pelo Ministério da Saúde em 1994.

Vivenciei o caos hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, vi o hospital afundar gradativamente, fruto de uma situação em que nada eu poderia ajudar e, deixei o hospital que tanto amava, depois de uma vida dedicada ao mesmo.

Iniciamos nossa carreira na Saúde Pública ou Saúde Coletiva, como modernamente é chamada, num momento promissor, onde vivíamos a implantação de um novo Sistema de Saúde, exigido pela Constituição Brasileira, o “Sistema Único de Saúde – SUS”. Trabalhei na Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim, como Coordenador da Divisão de Medicina Social, no Instituto Estadual de Saúde Pública–IESP, como responsável pela Vigilância Epidemiológica do Sul do Estado do Espírito Santo, com Secretário Municipal de Saúde e Ação Social de Vargem Alta e assessor de secretários municipais de saúde em diversos municípios do Espírito Santo, tendo chegado a membro,

Conselheiro e Secretário do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo e Comissão Intergestora Bipartite do Espírito Santo.

Em 2003 tive a oportunidade de atuar como professor universitário no Centro Universitário São Camilo-ES, em 2006 na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre, onde leciono diversas disciplinas e acompanho alunos em estágio como preceptor, procurando transmitir meu amor e carinho, à enfermagem e à saúde pública.

Diz-se que “o futuro a Deus pertence” e a ele me entrego, ou como diz o pagodeiro “Zeca Pagodinho”, “Deixa a vida me levar, vida leva eu”. Me empenho na escrita de livros e artigos diversos, buscando trazer para o papel, toda a minha experiência na vida profissional, deixando registrado as experiências e conhecimento vivido para aqueles que tiverem a paciência e quiserem aprender com quem viveu realmente a boa enfermagem.

O mestrado é um sonho que se realiza, algo para mim da mais alta relevância, não apenas uma exigência acadêmica, mas sobretudo uma oportunidade ímpar de crescimento profissional.

### **3. OS MUNICÍPIOS DE RIO NOVO DO SUL E VARGEM ALTA: CENÁRIOS DO ESTUDO**

#### **3.1. RIO NOVO DO SUL: Histórico**

Segundo historiadores capixabas, em 1854, o Major Caetano Dias da Silva, associado ao Conde de Condeixa, fundaram a Associação Colonial do Rio Novo, aprovada pelo Decreto Imperial nº 1566 de 24 de fevereiro de 1855, tendo por finalidade o estabelecimento de um núcleo de colonização com lotes a serem vendidos a estrangeiros que quisessem se estabelecer. Em 1856, o Governo Imperial, inicia a colonização com imigrantes chineses e suíços, tendo em 1860, 929 colonos e chamada de Colônia do Rio Novo. A partir dessa data, recebeu imigrantes alemães, italianos e austríacos, sendo expandida a colônia para 2958 lotes. No final do século XIX houve acentuada imigração de comerciantes sírios e libaneses. Em 1893 a colônia foi elevada a Freguesia de Santo Antonio de Rio Novo do Sul e em 06 de janeiro de 1894 foi desmembrada da colônia de Itapemirim e finalmente, em 29 de dezembro de 1953 passou a ser denominada de município de Rio Novo do Sul.

##### **Aspectos geográficos/ambientais:**

O município de Rio Novo do Sul dista de 103 Km de Vitória, situado na microrregião do Pólo de Cachoeiro de Itapemirim, com área de 198 Km<sup>2</sup>, limitando-se ao Norte com o município de Alfredo Chaves, ao Sul com o município de Itapemirim, a Leste com os municípios de Iconha e Piúma e a Oeste com o município de Vargem Alta. O relevo é composto por locais de montanhas pertencentes a Serra da Mantiqueira e áreas de baixadas. O clima é quente com temperatura média de 23°C.

##### **Aspectos demográficos e sociais:**

Segundo o IBGE, em 2007, o município conta com 16.000 habitantes, com um coeficiente geral de natalidade de 19,5 por 1000 habitantes, com uma população predominante na área rural, dedicada ao cultivo do café e da pecuária leiteira.



**Saúde:**

Possui um hospital geral com 20 leitos de baixa resolutividade, cinco Unidades Sanitárias distribuídas na sede e na área rural, com cobertura de 100% na ESF.

**3.2. VARGEM ALTA: Histórico**

Segundo historiadores capixabas, a colonização foi iniciada no início do século XX com a imigração italiana vinda do litoral em busca de terras mais altas e frias, apropriadas a cultura do café, com migração inicialmente para o distrito de Jaciguá e posteriormente espalhando-se para outros locais, formando-se o distrito de Vargem Alta, integrado ao município de Cachoeiro de Itapemirim. Em 1988, o distrito de Vargem Alta foi emancipado de Cachoeiro de Itapemirim e denominado município de Vargem Alta.

**Aspectos geográficos/ambientais:**

O município de Vargem Alta dista de 158 Km de Vitória, situado na microrregião do Pólo de Cachoeiro de Itapemirim, com área de 407 Km<sup>2</sup>, limitando-se ao Norte com o município de Domingos Martins, ao Sul com o município de Itapemirim, Rio Novo do Sul e Cachoeiro de Itapemirim, a Leste com o município de Alfredo Chaves e a Oeste com o município de Castelo. O relevo é composto por locais de montanhas com altitudes de até 1200 metros, com topografia acidentada, montanhosa, com temperatura média de 20°C.

**Aspectos demográficos e sociais:**

Segundo o IBGE, em 2007, o município conta com 28.000 habitantes, com um coeficiente geral de natalidade de 19 por 1000 habitantes, com uma população predominante na área rural, dedicada ao cultivo do café e da pecuária de corte, com jazidas de mármore e granito, que estão sendo exploradas recentemente.

**Saúde:**

Possui um hospital geral com 40 leitos de baixa resolutividade, sete Unidades Sanitárias distribuídas na sede e na área rural, com cobertura de 100% na ESF.

## 4. REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 O direito à Saúde

#### 4.1.a Apontamentos sobre Direitos Fundamentais

Íntima e indissociável é a vinculação entre os Direitos Fundamentais e as noções de Constituição e Estado de Direito, segundo Ingo Wolfgang Sarlet (2004).

Para klaus Stern (2005):

"as idéias de Constituição e Direitos Fundamentais são, no âmbito do pensamento da segunda metade do século XVIII, manifestações da mesma atmosfera espiritual. Ambas se compreendem como limites normativos ao poder estatal. Somente a síntese de ambas outorgou a Constituição sua definitiva e autêntica dignidade fundamental".

Na visão de Sarlet (2004):

"os Direitos Fundamentais integram, portanto, ao lado da definição da Forma de Estado, do Sistema de Governo e da Organização do Poder, a essência do Estado Constitucional, constituindo, neste sentido, não apenas parte da Constituição formal, mas também elemento nuclear da Constituição material... O Estado Constitucional determinado pelos Direitos Fundamentais assumiu feições de Estado ideal, cuja concretização passou a ser tarefa permanente".

E continua o doutrinador:

"os Direitos Fundamentais constituem, para além de sua função indicativa do poder (que, ademais não é comum a todos os direitos), critérios de legitimação do poder estatal e, em decorrência da própria ordem constitucional, na medida em que o poder se justifica por e pela realização dos direitos do homem e que a idéia de justiça é hoje indissociável de tais direitos" (Cabral Pinto, apud, SARLET. 2005.p.69).

Ainda na visão de Sarlet (2004):

"Com efeito, que os Direitos Fundamentais podem ser considerados simultaneamente, pressuposto, garantia e instrumento do princípio democrático da autodeterminação do povo por intermédio de cada indivíduo, mediante o reconhecimento do direito de igualdade (perante a lei e de oportunidades), de um espaço de liberdade real, bem como por meio da outorga do direito à participação (com liberdade e igualdade), na conformação da comunidade e do processo político, de tal sorte que a positivação e a garantia do efetivo exercício de direitos políticos (no sentido de direito de participação e conformação do status político) podem ser

considerados o fundamento funcional da ordem democrática e, neste sentido, parâmetro de sua legitimidade (SARLET, 2004:70-71)".

Quando se vive em um Estado Social e Democrático de Direito, os Direitos Fundamentais são uma garantia para as liberdades dos homens deste Estado. Sem eles, todos os outros direitos, os ditos "não fundamentais", tornam-se inócuos.

Na conceituação de Perez Luño (2004), os direitos fundamentais são:

"um conjunto de faculdades e instituições que, em cada momento histórico, concretizam as exigências da dignidade, da liberdade e da igualdade humanas, as quais devem ser reconhecidas positivamente pelos ordenamentos jurídicos a nível nacional e internacional".

Segundo a conceituação de José Afonso da Silva (2002) sobre os Direitos Fundamentais:

"A expressão mais adequada seria Direitos Fundamentais do Homem porque além de referir-se a princípios que resumem a concepção do mundo e informam a ideologia política delicada do ordenamento jurídico, é reservado para designar, no nível do direito positivo, aquelas prerrogativas e instituições que ele concretiza em garantia de uma convivência digna, livre de desigualdades de todas as pessoas. No qualitativo Fundamentais acha-se a indicação de que se tratam de atuações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes nem mesmo sobrevive; Fundamentais do Homem no sentido de que a todos, por igual, devem ser, não como o macho da espécie, mais no sentido da pessoa humana. Direitos fundamentais do homem significa direitos fundamentais da pessoa humana ou direitos humanos fundamentais".

#### **4.1.b Saúde como direito subjetivo**

Segundo Russomano (1998), a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela ONU, é a pedra angular da impressionante evolução que se operou nesse campo dos direitos humanos, onde incide o direito fundamental à saúde, inclusive pelo transbordamento de seus lindes tradicionais (civis e políticos), de modo a alcançar a área da Seguridade Social:

"A Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (Bogotá, 1948) é um marco significativo no longo processo histórico no sentido de organizar um sistema de enunciação, estímulo e proteção dos direitos humanos em geral."

"A declaração Americana, como vimos, tem o privilégio de haver sido o primeiro texto internacional a tratar dos direitos humanos. No que se refere, diretamente, aos direitos sociais, a declaração de 1948 tem significado especial. Pela primeira vez, foi dito o que estava

implícito o novo conceito de Direitos Humanos. Há certas prerrogativas do trabalhador que não resultam apenas, da lei interna e do contrato. São direitos e merecem antecipar sua condição humana e sem os quais suas personalidades sucumbiram ou, pelo menos, não se desenvolve plenamente."

O Direito à saúde deve ser prestado pelo Estado na forma de políticas públicas que visem não só ações curativas, mas preventivas, dando ao ser humano não só vida, mas uma vida digna, sem enfermidades. Segundo Russomano (1998):

"O artigo XI da Declaração diz que todas as pessoas têm direito a preservação de sua saúde através de medidas sanitárias e sociais, em especial no que concerne à alimentação, vestuário, à habitação e assistência médica, dentro dos recursos de que disponha o Estado e a comunidade".

E tal direito social e fundamental vai incidir no cotidiano das pessoas, principalmente quando as medidas de políticas preventivas falham, ou são insuficientes ou sequer foram elaboradas. Quando se instala uma situação de epidemia ou endemia, de seca ou de enchente, mais urgente e necessário se faz à adoção de políticas que garantam efetividade ao direito social fundamental à saúde. Segundo Russomano (1998):

"quanto mais grave a crise econômica, social, política ou cultural de um país ou de um continente, mais urgente que se torna a ação em defesa dos direitos ofendidos. A garantia das normas internacionais, especialmente na área sensível dos direitos humanos e, entre elas, dos direitos sociais, se é conveniente nos momentos históricos de cumprimento espontâneo daquelas normas, torna-se indispensável nos instantes de sua violação".

O direito à saúde deve ter efetividade, pois apesar de ser um direito subjetivo, o homem precisa efetivamente de meios para fazer valer tal direito quando dele precisar, principalmente precisando, mas também saber que, mesmo quando não precisa, no momento, que conta com atitudes concretas do Estado para sua efetivação.

Segundo José Eduardo Faria (2002):

"de algum tempo a teoria do direito ocidental está fundamentada sobre uma categoria: direito subjetivo. Não importa que tal categoria seja objeto de crítica e análise acadêmica. De fato a prática jurídica seja a dos tribunais, dos advogados, dos legisladores, dos administradores públicos, do homem comum em geral, consagra a idéia de direito subjetivo a primazia. Tenho direito de fazer isto? Tenho direito a isto ou aquilo? Esta-se sempre diante da idéia do direito subjetivo. Diz nosso Código Civil(1916), em seu artigo o 75: "a cada direito corresponder uma ação que o assegura." Direito Subjetivo é, pois, direito de ação. A falta de tutela, ou a falta de ação

disponível significa de fato a inexistência ou a inexigibilidade do direito subjetivo”.

Hora, desde algumas décadas vêm surgindo uma classe de direitos cuja tutela não parece existir. Trata-se dos Direitos Sociais. Diz a Constituição Federal no seu artigo 6º (1988):

"São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, à segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Faria traz diversas indagações sobre a efetividade dos direitos sociais, dentre eles a saúde, que assim podem ser sintetizadas: Quais as ações que asseguram, garantem e viabilizam os tais direitos sociais? A quem corresponde o dever reflexo respectivo? A resposta a esta indagação ultrapassa a análise pura e simples do texto legal, ou dos textos legais, supera a exegeses e a filosofia jurídicas. Coloca-se na esfera da Teoria Geral do Direito, pois trata o ordenamento de modo geral e de uma categoria jurídica em si, antes de ser um instituto jurídico particular. Coloca-se também na esfera da Teoria do Estado. Pois diz respeito às relações fundamentais da organização da cidadania. Coloca-se também na esfera da Filosofia do Direito, visto que diz respeito à justificação racional da justiça de uma norma e, muito particularmente, a realização da justiça.

Analisando um pouco mais sobre direito subjetivo pode-se citar o que pensam três grandes doutrinadores.

Para Kelsen (2002):

"A essência do direito subjetivo, que é mais do que simples reflexo de um dever jurídico reside em que uma norma confere a um indivíduo ou poder jurídico de fazer valer, através de uma ação, ou não cumprimento de um dever jurídico.”

Alf Ross *apud* Faria (2002, p. 115):

"o direito subjetivo é uma ferramenta conceitual que permite representar o conteúdo de um conjunto ou de normas jurídicas, a saber, as que conectam certa pluralidade cumulativa de consequência jurídicas.”

Ronald Dworkin *apud* Faria (2002, p.124):

“Dworkin distingue argumentos de princípios, que fundamentam direitos individuais, e argumento de política (policy) que fundamentam objetivos coletivos. Princípios, diz ele, são proposições que descrevem direitos, políticas são proposições que descrevem objetivos. Os objetivos gerais coletivos destinam-se a distribuir de certa forma os benefícios da vida social, em torno de alguns objetivos maiores: eficiência econômica, igualdade ou proporcionalidade na

distribuição, etc. Direitos e objetivos sociais podem ser mais ou menos absolutos. Assim direitos fundamentais, que dão consistência a uma ordem política, e direitos particulares. Um direito de comer para sobreviver, mas não um direito a que o Congresso venha a abolir a propriedade privada e para que se possa comer. Os princípios também podem ser abstratos ou concretos. Princípio de liberdade, abstrato, que compete com o direito dos outros de não interferência, ou de respeito ou de segurança do futuro, que só se torna concreto quando, definido no campo concreto, em concorrência com outros princípios”.

Os direitos sociais estão como proposições de direito ou de política? Se de direito, trata-se de direitos fundamentais ou particulares? Entendemos serem direitos fundamentais, devido os pontos acima já abordados e que serão retomados no decorrer deste trabalho.

Tomemos alguns exemplos de direitos sociais expressos na Constituição Federal de 1988. Há uma divisão nos direitos sociais: direitos à seguridade social (saúde, previdência social e assistência social) e os outros direitos (cultura, educação e desporto; ciência e tecnologia; comunicação social; meio ambiente; família, criança, adolescente e idoso; e índios).

O direito à saúde está expresso na Constituição Federal nos artigos 196 a 200 e nestes não consta que o direito à saúde seja direito subjetivo público, nem que haja responsabilidade da autoridade quando da falta ou insuficiência do serviço. Consta, no artigo 196, que o dever do Estado será garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e real acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, segundo o entendimento de Faria.

E Faria continua o seu raciocínio sobre os direitos sociais no que diz respeito aos direitos coletivos:

“já os direitos coletivos, se atentarmos bem para a sua lista, tem outro caráter. Não se trata, na maioria dos casos previstos no artigo 6º, de se conservar uma situação de fato existente. Assim, tipicamente o remédio ou a ação para proteger tais direitos não consiste na exclusão de outrem (do Estado ou particular) numa esfera de interesses já consolidados e protegidos de alguém (indivíduo ou um grupo). Trata-se de situações que precisam ser criadas.”

O autor citado passa a expor os seguintes exemplos:

"assim o direito à educação: é mais do que o direito de não ser excluído de uma escola; é, de fato, o interesse de conseguir uma vaga e as condições para estudar ( ou seja, o tempo livre, material escolar, etc.). Ora, se a vaga não existe, se não existe tempo livre, se não há material escolar a baixo custo, como garantir juridicamente tal direito? Como transformá-lo de um direito a não interferência em

direito à prestação de alguém? Paradigmaticamente a mesma coisa ocorre com o direito à moradia: como transformar o direito à propriedade (defesa de bens contra a injusta invasão ou apropriação de terceiros e permissão para deter bem legitimamente adquiridos) em direito a moradia (acesso ou posse, pela locação, por exemplo, de um local onde se estabelecer com a família numa cidade). De quem exigir tal acesso, contra quem exercer seu direito e quem a final está obrigado a que espécie de prestação?”.

Ora, tipicamente os novos Direitos Sociais, espalhados pelo texto constitucional, diferem em natureza dos antigos direitos subjetivos. Não se distinguem apenas por serem coletivos, mas por exigirem remédios distintos. Mais ainda, têm uma intoxicação política inovadora na medida em que permitem a discussão da justiça geral e da justiça distributiva, para retornar rumo à distinção clássica.

No Código de Defesa do Consumidor Lei 8078/90, há interesses ou direitos difusos, há interesses ou direitos coletivos, há interesses ou direitos individuais homogêneos constante no art. 81 e incisos. Os difusos correspondem a situações de fato e interesses indivisíveis: o direito a não poluição do ar, por exemplo. Os coletivos correspondem a situações em que os sujeitos estão ligados juridicamente de maneira indivisível: um grupo de consórcio com a respectiva administradora. Os individuais homogêneos: podem ser traduzidos em termos individuais, mas atingem várias pessoas na mesma situação, como os consumidores de um determinado produto que apresentou um defeito de fabricação em série. Destes todos, os direitos difusos são, para nós, os mais importantes. Em segundo lugar vêm os direitos coletivos.

Visto os direitos sociais, quais com os remédios existentes? Em primeiro lugar percebam as diferenças: direito à moradia, por exemplo, distingue-se de direito de propriedade. Claramente, os direitos sociais, mesmo como direitos subjetivos, não são iguais aos direitos individuais. E isto porque sua fruição é distinta. Assim como numa sociedade cada sócio tem direito ao lucro, e isto é seu direito subjetivo, pode-se dizer que tal direito só se exerce em partilha com outros da mesma espécie, onde há regra do rateio, divisão proporcional dos lucros, e das perdas, entre os sócios. Daí também a diferença entre o objeto de um contrato bilateral e um contrato plurilateral como o da sociedade.

São esses três direitos que dependem para sua eficácia de uma ação concreta do Estado, e não simplesmente de uma possibilidade de agir em juízo.

Existe fundamentalmente, uma dupla série de questões jurídicas a serem enfrentadas. Em primeiro lugar, trata-se de saber se os cidadãos em geral têm ou não o direito de exigir, judicialmente, a execução concreta de políticas públicas e a prestação de serviços públicos, principalmente o direito à saúde. Em segundo lugar, trata-se de saber se e como o judiciário pode provocar a execução de tais políticas.

Quanto à exigibilidade concreta dos direitos, alguns remédios constitucionais foram criados: a iniciativa popular de leis constante no art. 61, parágrafo 2º, é um deles, mas situa-se fora da esfera do judiciário. O outro é o Mandado de Injunção situado no art. 5º, LXXI. Este, todavia, parece mais apto a defesa tradicional, limitativa do poder público, do que a defesa ativa e promocional dos direitos sociais, muito embora seja o remédio previsto para os casos em que a falta de norma regulamentadora torne inviável o exercício de prerrogativas constitucionais inerentes à cidadania, por exemplo. Ainda mais, temos visto algumas tentativas de responsabilização do Estado por omissão de serviços essenciais. E, no entanto, tal responsabilização é bastante complexa e difícil, visto que a maioria dos serviços omitidos são *uti universi*, e não *uti singuli*, não remunerados diretamente pelos usuários, mas mantidos por meio de tributos em geral, etc. Além disso, a prestação do serviço depende da real existência dos meios: não existindo medicamentos, hospitais e servidores capazes em número suficiente para prestar o serviço, o que fazer? A quem tiver tido a oportunidade e a sorte de obter uma decisão judicial e de abandonar a imensa maioria que permanece na fila de espera? Seria isto viável de fato e de direito?

O serviço público deve pautar-se pela universalidade, impessoalidade e pelo atendimento a quem dele mais precisar ou aos que cronologicamente antecederam os outros? Começam, pois, a surgir dificuldades enormes quando se trata de defender os instrumentos individuais de um direito social.

No entanto, quando se trata de questões referentes à saúde, a espera pode corresponder à perda de um outro direito fundamental; o da própria vida da pessoa que espera, daí afirmarmos que decisões judiciais deferindo a um indivíduo que passe à frente de uma “fila” de espera de transplante, por exemplo, não está a desrespeitar os demais cidadãos que estão esperando, mas, a atender com urgência necessária quem não pode mais esperar. O desrespeito ao direito de acesso à saúde dos cidadão que estão na “fila” de espera já foi há muito



desrespeitado pelo Poder Público incumbido de prestar o serviço de saúde demandado, quando não o prestou e não pelo Poder Judiciário, que foi provocado para fazer valer um direito essencial que não estava sendo cumprido da forma devida.

Uma política pública, juridicamente falando, é um complexo de decisões e normas de natureza variada. Para promover a educação ou a saúde, o que deve fazer o Estado? Quais os limites constitucionais, quais as direções impostas pela Constituição? A falta de reflexão sobre o complexo de normas que aí se entrelaçam pode ser fonte de trágicos mal entendidos. Começemos afirmando que ao Estado não são dadas muitas opções; uma política de saúde dependerá sempre, mais ou menos do seguinte: gastos públicos, de curto, médio e longo prazo e legislação disciplinadora das atividades inseridas em tal campo. A legislação terá o caráter de organização do serviço público, ou a promoção indireta do serviço de saúde por particulares, empresas. Esta última opção significa, claramente, promover alguma legislação sobre o assunto, e exercer, de certa forma, o poder de polícia, seja autorizando, fiscalizando ou coordenando e estimulando a coordenação das atividades estatais, privadas e todas entre si.

Assim, para a compreensão das políticas públicas é essencial compreender o regime das finanças públicas. E para compreender estas últimas é preciso inseri-las nos princípios constitucionais que estão além dos Limites ao Poder de Tributar.

As políticas públicas agrupam-se também em gêneros diversos: existem as políticas sociais, de prestação de serviços essenciais e públicos, tais como saúde, educação, segurança e justiça, etc. Existem as políticas sociais compensatórias, tais como a previdência e assistência social, seguro desemprego, etc. Existem as políticas de fomento, créditos, incentivos, preços mínimos, desenvolvimento industrial, tecnológico, agrícola, etc. Existem as reformas de base, como a reforma agrária, etc. Existem as políticas de estabilização monetária, e outras mais específicas ou genéricas. Em todas elas colocam-se diversas questões relativas aos princípios democráticos.

Sem os planos, sem os orçamentos, nada de política pública pode ser implementado. Paradoxais e quase inúteis seriam, então, as decisões judiciais a respeito de qualquer direito social? Eventualmente não, isto passaremos a ver em seguida.

As políticas públicas são um conjunto heterogêneo de medidas do ponto de vista jurídico, envolvem elaboração de leis programáticas, portanto de orçamentos, de despesas e receitas públicas. Dependem de leis de direito privado ou público.

Além de tão variados meios, é preciso lembrar a característica situação do Judiciário: trata-se de um Poder distinto dos outros, pois só atua mediante provocação. Assim, se o Executivo e o Legislativo podem dar início espontaneamente a reformas, o mesmo não se dá com o Judiciário. Este depende de provocação dos interessados. Naturalmente hoje em dia já existem mecanismos processuais, ainda novos para os padrões da tradição jurídica, que possibilitam o ingresso de substitutos processuais de interesses coletivos: vencemos especialmente nas Ações Cíveis Públicas, nas diversas formas de defesa dos consumidores previstas no Código de Defesa do Consumidor, nos Mandados de Injunção e na ampliação da legitimidade para proposição da Ação Direta de Inconstitucionalidade. Mesmo assim, não havendo, ou não aparecendo interessados na propositura de tais ações, a questão ficará adstrita aos meios individuais de defesa de interesses, fazendo com que se fragmentem decisões que, a rigor, deveriam atingir toda uma coletividade, ferindo, no que tange ao direito social e fundamental à saúde, o Princípio da Universalidade.

O direito à saúde previsto no art. 6º e no art. 196 da Constituição Federal. Como torná-lo eficaz? Não se trata de aplicar uma norma qualquer entre indivíduos que disputam determinada coisa. Trata-se antes de garantir condições de exercício de direitos sociais e de gozo de bem não submetido ao regime da propriedade, da disponibilidade do consumo, da mercadoria. As contradições começam a surgir de maneira muito clara. E as contradições surgem quer pela deficiência do judiciário em resolver problemas de caráter coletivo ou quer pela falta de equilíbrio na aplicação de princípios aparentemente contraditórios. Assim, de um lado a exploração mercantil da saúde é ferventemente louvada como um valor da iniciativa privada. Ao mesmo tempo em que proliferam os serviços particulares de saúde, decaem os serviços públicos da área. As seguradoras e prestadoras de serviços de saúde atendem a uma população mais ou menos definida: os que têm emprego fixo, os setores mais ou menos organizados da atividade econômica, ou os que têm renda suficiente para filiar-se a um plano de saúde. O que dizer dos trabalhadores informais, dos que estão em setores menos dinâmicos da economia,

dos funcionários públicos, da grande massa da população que não têm como pagar por um plano de saúde? Quem os defende?

O que vemos é um avanço progressivo da mentalidade privatista: o Judiciário é chamado a decidir se é ou não é legal ou constitucional a intervenção legislativa nos contratos de tais planos de saúde e, em que condições as cláusulas de reajuste de tais planos devem ser mantidas ou podem ser anuladas, etc. Mais ainda, ao interferir em tais contratos padrão, estará também o judiciário interferindo na distribuição desigual dos benefícios, visto que o reajuste de uma prestação pesa diferentemente para indivíduos de classes diferentes de renda.

#### **4.1.c Direito constitucional à saúde e o Sistema Único de Saúde**

Para a grande massa da população que não pode pagar por um plano de saúde resta o Sistema Único de Saúde, o SUS, disciplinado pela lei 8080/90. A Constituição Federal de 1988 consagrou a cidadania e à dignidade da pessoa humana como Direitos Fundamentais. Esses ideais foram inscritos no texto constitucional, elevando a condição de relevância pública as ações e serviços de saúde, na medida em que ordena ser a saúde um Direito Fundamental do homem.

O artigo 196 da Constituição é claro ao dispor que (1988):

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

A Constituição ao organizar e estruturar o direito à saúde no contexto da Seguridade Social, fixou como seus princípios fundamentais a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral, além de outros, dentre os quais destacam-se a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde.

Todos os brasileiros, desde o nascimento, tem direito aos serviços de saúde gratuitos. Mas é sabido por todos que ainda faltam recursos e ações para que o sistema público atenda com qualidade e eficiência toda a população que dele necessita.

E mesmo quem tem plano de saúde privado, em alguma medida, é também usuário do SUS, já que se beneficia das campanhas de vacinação; das ações de prevenção e de vigilância sanitária (como controle de sangue e hemoderivados, registro de medicamentos, acesso a medicamentos gratuitos, etc.); e de eventual atendimento de alta complexidade, quando este é negado pelo plano de saúde privado. O que precisa ser entendido e bem esclarecido é que o Sistema Único de Saúde não está tão longe o quanto parece o que a população precisa descobrir são os meios legais de fazer valer seus direitos, direito à saúde que está intimamente ligado ao direito a uma vida saudável e por conseqüência, digna.

Há 17 anos o Brasil vem implantando o SUS, criado para ser o Sistema de Saúde dos 170 milhões de brasileiros, sem nenhum tipo de discriminação. O SUS não se resume a consultas, exames e internações, ele faz muito com poucos recursos e também se especializou em apresentar soluções para casos difíceis, como o atendimento aos doentes de Aids, câncer, diálises e os transplantes de órgãos.

O orçamento do SUS conta com menos de R\$ 20,00 (vinte reais) mensais por pessoa. Isso é dez vezes menos do que é destinado pelos sistemas de saúde dos países desenvolvidos e bem abaixo do valor de qualquer mensalidade de um plano de saúde privado (segundo fonte de órgãos de defesa do consumidor de São Paulo).

Por outro lado, os planos de saúde, que atendem cerca de 35 milhões de brasileiros, estão longe de representar a solução para a saúde pública do Brasil. É ilusão achar que existe um plano completo e perfeito. Além de custar caro, muitas vezes negam o atendimento quando o cidadão mais precisa, deixam de fora os medicamentos, alguns tipos de exames, certas cirurgias e muitas vezes dificultam o atendimento aos cidadãos idosos, aos pacientes crônicos, aos portadores de patologias e deficiências. Como visam o lucro, a preferência é sempre para clientes jovens e saudáveis. No fim chegamos à conclusão que pagamos duas vezes para ter acesso à saúde, mas, em geral, nem o usuário do SUS, nem o consumidor do plano de saúde privado está, plenamente satisfeito com o atendimento que recebe.

Boa parte do dinheiro para financiar o SUS vem de Contribuições Sociais de patrões e empregados. Outra parte vem do pagamento de tributos tais como o ICMS, Cofins, IPVA e a CPMF, sendo que esta última contribuição, quando fora

criada, com caráter provisório, visava a arrecadar recursos exclusivamente para a saúde, o que, com o tempo, foi sendo desviado e tal recurso utilizado em outras áreas, deixando a saúde, mas uma vez “doente” de recursos.

Os planos de saúde não são financiados apenas pelas mensalidades pagas por seus usuários ou pelas empresas que pagam o benefício para seus funcionários. Indiretamente, eles recebem recursos públicos e tiram vantagem com o SUS, pois quando o plano nega um atendimento, como exames e procedimentos caros e complexos, é ao SUS que o cidadão acaba recorrendo.

Mesmo quando o paciente tem plano de saúde, o SUS atende todos os casos de urgência e emergência que dão entrada nos hospitais públicos, por exemplo, nos casos de acidente de trânsito. Nesses casos, o SUS paga a conta que deveria ser da empresa de plano de saúde e poucas vezes é ressarcido pelo atendimento prestado. Agora, e se pensarmos no inverso; alguém sem plano de saúde é atendido em hospital particular de forma gratuita? Sabemos perfeitamente que não, há não ser que seja impelido, pela prática ilegal, mas costumeira nos hospitais, do famoso “cheque caução”.

Outro problema do SUS é o desvio que se reflete na prática ilegal da “fila dupla”, quando unidades do SUS, principalmente hospitais universitários, fazem parcerias com planos de saúde. Neste caso, os usuários dos planos recebem atenção diferenciada, furam a fila de espera do SUS para marcação de exames, consultas e passam na frente para cirurgias e demais procedimentos, além de serem atendidos e até internados em melhores acomodações do que aqueles cidadãos que não tem plano de saúde.

#### **4.1.d A saúde na visão constitucional**

Todas as Constituições brasileiras, sem exceção, enunciaram declarações de direitos. As duas primeiras contentaram-se com as liberdades públicas e todas, a partir da constituição de 1934, a estas acrescentaram, na ordem econômica, os direitos sociais.

A Constituição de 1988 apresenta inovações; enumera os direitos e garantias fundamentais logo no título II, antecipando-os, portanto, a estruturação

do Estado, marcando sua eminência, como bem observou Manoel Gonçalves Ferreira Filho.

Ainda no Título II, o capítulo inicial trata dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, o próximo vem cuidar dos Direitos Sociais e os subseqüentes ocupam-se da Nacionalidade, Direitos Políticos e Partidos Políticos. No entanto tal rol não é taxativo e não se esgota apenas no título II. Há que se ressaltar outros direitos fundamentais esparsos em todo o corpo da CF/88, como o exemplo dado por Manoel Ferreira, enquanto a seção relativa às limitações do poder de tributar. O mesmo autor questiona o critério, ou falta desse que editou essa distribuição.

No entender de Alexandre de Moraes(2003):

"a classificação adotada pelo legislador constituinte estabeleceu cinco espécies ao gênero direitos e garantias fundamentais:

Direitos Individuais e Coletivos: correspondem aos direitos diretamente ligados ao conceito de pessoa humana e de sua própria personalidade, como, por exemplo; vida, dignidade, honra, liberdades. Basicamente, a CF/88 os prevê no artigo 5º...

Direitos Sociais: caracterizam-se como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria das condições de igualdade social, que configura um dos fundamentos de nosso Estado Democrático conforme preleciona o artigo 1º, inciso IV da CF/88. A CF consagra o direito sociais a partir do artigo 6º.

Direitos de Nacionalidade: nacionalidade é o vínculo jurídico político que liga um indivíduo a um certo e determinado Estado, fazendo deste indivíduo um componente do povo, da dimensão pessoal deste Estado, capacitando-o a exigir sua proteção e sujeitando-o ao cumprimento de deveres impostos;

Direitos Políticos: conjunto de regras que disciplina as formas de atuação de soberania popular. São direitos públicos subjetivos que investem o indivíduo no status activae civitatis, permitindo-lhe o exercício concreto da liberdade de participação nos negócios políticos dos Estados, de maneira a conferir os atributos da cidadania. Tais normas constituem um desdobramento do princípio democrático inscrito no artigo 1º, parágrafo único, da Constituição Federal, que todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente. A Constituição Federal regulamenta os direitos políticos no artigo 14.

Direitos relacionados à existência, organização e participação em partidos políticos: a Constituição regulamentou os partidos políticos como instrumentos necessários e importantes para a preservação do Estado Democrático de Direito, assegurando-lhes autonomia e plena liberdade de atuação, para concretizar o sistema representativo. (MORAES, 2003:43-44)".

Mas a classificação dos direitos fundamentais na Constituição não é pacífica e gera várias interpretações doutrinárias. Um exemplo desta disparidade está na obra de Alexandre de Moraes ao citar Manoel Gonçalves Ferreira Filho e Celso de Mello, que dão uma divisão tripartida aos direitos fundamentais. De modo

geral, as características estão ligadas a gerações de direitos em que eles surgem reconhecidos.

#### A aplicabilidade de imediato:

No art. 5º, parágrafo 1º da CF está de forma explícita a aplicabilidade imediata de todas as normas definidoras de direitos e garantias fundamentais:

“parágrafo 1º. As normas definidoras de direitos e garantias fundamentais tem a aplicação imediata.”.

A Constituição Federal vai além, no art. 5º, parágrafos 2º, ao dizer que;

“parágrafo 2º. Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.”

Segundo Manoel Gonçalves Ferreira Filho, a intenção da aplicabilidade imediata de tais normas é compreensível e louvável para evitar que as mesmas virem letra morta por falta de regulamentação.

No entanto, o mesmo autor chama atenção para a uma importante questão:

"mas o constituinte não se a percebeu que as normas têm aplicabilidade de imediato quando são completas na sua hipótese, no seu dispositivo. Ou seja, quando esse mandamento é claro e determinado. O contrário ela é não executado pela natureza das coisas. ( FERREIRA, 2004:100)".

Ingo Wolfgang Sarlet (2005) aponta algumas características inovadoras da Constituição de 1988 quanto aos direitos fundamentais, que podem ser destacadas: a situação topográfica; utilização da terminologia Direitos e Garantias Individuais; acolhida dos direitos fundamentais sociais em capítulo próprio do catálogo; a aplicabilidade imediata, excluindo, em princípio, o cunho programáticas e desfez preceitos, conquanto não exista consenso a respeito do alcance deste dispositivo; maior proteção outorgada aos direitos fundamentais, incluindo-os no rol das “cláusulas pétreas” do art. 60, parágrafo 4º da Constituição Federal, impedindo a supressão e erosão dos preceitos relativos aos direitos fundamentais e pela ação do poder constituinte derivado; a amplitude do catálogo dos direitos fundamentais, aumentando, de forma sem precedentes, o elenco dos direitos protegidos; o catálogo dos direitos fundamentais (Título II da CF/88) e contempla direitos fundamentais nas diversas dimensões demonstrando, além disso, estar em sintonia com a Declaração Universal de 1948, bem assim com os principais pactos

internacionais sobre direitos humanos, o que também deflui do conteúdo das disposições integrantes do título I (dos princípios fundamentais).

Sobre a amplitude do catálogo, no entender de Sarlet; e em que pese seu cunho preponderantemente positivo, também revela ter fraquezas, por quanto no rol dos direitos fundamentais foram incluídas diversas posições jurídicas de fundamentalidade ao menos discutível, conduzindo, como se tem verificado, ao longo dos anos, há um desprestígio do especial status gozado pelos direitos fundamentais, muito embora não seja a quantidade de direitos fundamentais uma das principais causas de sua pauta de prestígio e efetividade.

“Pois algumas normas não revelam as características de direitos fundamentais, mas, sim, de normas organizacionais, como o exemplo dado pelo próprio autor acima citado, com o artigo 14 parágrafo 3º, inciso de um a quatro, e parágrafos 4º a 8º da Constituição”. (SARLET, 2005:79)

Relatividade dos direitos fundamentais: Alexandre de Moraes (2003) aponta que:

“os direitos humanos fundamentais não podem ser utilizados como verdadeiro escudo protetivo da prática de atividades ilícitas, nem tampouco como argumento para a afastamento ou diminuição da responsabilidade de civil ou penal por atos criminosos, sob pena de total consagração ao desrespeito a um verdadeiro Estado de Direito”.

Os direitos fundamentais não são ilimitados e se bem observados, encontram seus limites dentro da própria Constituição. Trazem consigo a possibilidade de conflito entre dois ou mais direitos fundamentais, e, como forma de solução de possíveis conflitos o mesmo autor citado aponta para o Princípio da Concordância Prática ou da Harmonização:

" de forma a coordenar e combinar os bem jurídicos em conflito, evitando o sacrifício total de uns em relação aos outros, realizando redução proporcional do âmbito de alcance de cada qual( contradição dos princípios), sempre em busca do verdadeiro significado das normas e da harmonia do texto constitucional com suas finalidades precípuaas”.

O autor citado faz menção de decisão proferida pelo STF; "apontando a necessidade de relativização dos direitos fundamentais, o STF afirma que um direito individual não pode servir de salvaguarda de práticas ilícitas".

O Poder Judiciário e o Ministério Público como ferramentas para a eficácia e defesa dos direitos fundamentais:

Ao Poder Judiciário cumpre o papel de efetivação e garantia do respeito aos direitos fundamentais, não podendo ser excluída de sua apreciação qualquer



lesão ou ameaça de direito (art. 5º, XXXV CF). Dentro das funções do novo judiciário, o Controle da Constitucionalidade fora apontado por Klaus Schclan como primordial finalidade de proteção dos direitos fundamentais.

E segundo Alexandre de Moraes (2003):

“o Controle de Constitucionalidade configura-se como verdadeira e primordial garantia de supremacia dos direitos humanos fundamentais previstos na Constituição, que além de limites ao poder do Estado, são também parcela da legitimação do próprio Estado, determinando seus deveres e tornando possível o processo democrático em um Estado de Direito (MORAES, 2003: 53)”.

Sobre o papel do Ministério Público, nesse contexto, o mesmo autor dispõe que: a necessidade de garantir-se a plena aplicabilidade das normas definidoras de efetividade e dos direitos fez surgir em diversos ordenamentos jurídicos instituições paralelas e independentes aos demais Poderes do Estado, cujas atuações indubitavelmente passaram a influenciar o respeito aos citados direitos fundamentais.

Em vários países ocidentais as Constituições respectivas previram órgãos e instituições que seriam legítimos para defenderem os direitos fundamentais do homem, e com o Brasil não foi diferente, a Constituição Federal de 1988 no seu art. 129 e seguintes confere funções e poderes ao Ministério Público, dentre estes a guarda dos direitos fundamentais.

Segundo o ensinamento de Alexandre de Moraes (2003): "portanto, é também função do Ministério Público, juntamente com os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, garantir ao indivíduo à fruição de todos os seus status constitucionais”.

O Poder Judiciário tem também um importante papel na efetivação de direitos subjetivos, tutelando-os. José Afonso da Silva(2004) expõe que:

“podemos conceituar situação jurídica subjetiva como a posição que os indivíduos ou entidades ocupam nas relações jurídicas, e que lhes possibilitam realizar certos interesses juridicamente protegidos ou os constringe a subordinar-se a eles. Se esses interesses protegidos são aqueles que a ordem jurídica considera um valor fundante ou importante do direito, recebem eles proteção direta, plena e específica, constituindo-se na figura dos direitos subjetivos. Se essa proteção foi indireta, limitada e genérica, o interesse protegido revelará outras situações jurídicas subjetiva, como o interesses simples, o interesse legítimo, a expectativa de direito ou direito condicionado. Mesmo aquelas regras com aparência proclamatória, como a de que o Brasil é uma República Federativa, proporcionam proteção a certas situações subjetivas, porque envolvem outras tantas normas particulares e específicas, que impõe comportamento dos que não de ser compatíveis com o princípio fundamental que elas

albergam. Assim, por exemplo, os Estados-membros têm direito subjetivo a sua autonomia e, na forma prevista nas normas constitucionais de repartição de competências decorrente do fato de o Brasil ser uma federação. Se a União praticar ato de invasão dessa esfera de competência, os estados prejudicados poderão recorrer ao Poder Judiciário, para fazer cessar a interferência inconstitucional. Se os estados é que invadirem terrenos privativos da União, terá esta ação direta, nos termos dos artigos 102, inciso I, a, visando a declaração de inconstitucionalidade do ato viciado. Nem todas as normas constitucionais prevêm uma sanção específica; mas quando desrespeitadas, dão lugar a um julgamento de inconstitucionalidade “.

A Constituição Federal de 1988 nos seus art. 196 a 200, apresenta um marco de extrema importância para o setor da saúde, por reconhecê-lo como de relevância pública, cabendo ao Estado, pelo próprio significado desta nova definição, a obrigação de garantir o atendimento à saúde da população não necessitando, portanto ser solicitado ou acionado. Com isso, devido à relevância e ordem pública que a matéria ligada à saúde recebeu após a nova constituinte um novo paradigma e novas ações de saúde fazem-se necessárias para que a população possa usufruir de uma qualidade de atendimento público em saúde prestado, de pronto, ao menos em tese, pelo Estado.

De acordo com estudo sobre o tema da saúde realizado pelo Ministério Público do estado do Espírito Santo (2003): "a saúde passa a ser, para o povo brasileiro, um bem prioritário além de condição *sine qua non* de cidadania, entendendo-se cidadania, como viver de forma digna, segura e produtiva".

Neste raciocínio a idéia de saúde está em implícita na idéia de segurança.

O professor Fábio Konder (2003), citado pelo Ministério Público do estado do Espírito Santo:

"torna clara a idéia acima exposta, ao discorrer sobre a impossibilidade das massas miseráveis do planeta, experienciarem a liberdade, vivendo num contexto de total ausência de segurança econômica, consubstanciada na falta absoluta das mais elementares garantias contra a fome e a doença."

Antes da Constituição de 1988 a idéia de saúde era apenas uma noção de ausência de doença, após a Constituição esse entendimento modificou-se e conforme a própria Organização Mundial de Saúde que, já em 1946, defendia a idéia de saúde como "um estado de completo bem-estar, físico, mental e social e não apenas a ausência de distúrbios ou doenças".

A abrangência do conceito de saúde passa a requerer uma mudança na organização e prestação desse serviço público, na medida em que não são

levadas somente em consideração, as causas biológicas da doença, mas também as causas sociais tais como a fome e, a ausência de saneamento básico, a ausência de moradia, ausência de cultura, a ausência de empregos, o combate à violência, a defesa do meio ambiente e, melhor distribuição de renda, enfim, de todas as condições necessárias a uma vida saudável e produtiva para os seres humanos.

A legislação nacional sobre o Sistema Único de Saúde lei 8080/90 em seu artigo 2º torna clara essa mudança ao determinar que:

“a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, à moradia, o saneamento básico o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população e expressam a organização social e econômica do país.  
parágrafo único: dizem respeito também à saúde às ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir as pessoas e a coletividade condições e bem-estar físico, mental e social.”

Beust (2003), citado pelo Ministério Público do estado do Espírito Santo, expõe:

"nessa concepção contemporânea de saúde, identificou-se também as quatro áreas nas quais uma pessoa pode estar enferma. Podemos sofrer enfermidades físicas(bursite, alergia, câncer), enfermidades psíquicas(neurose, psicose), enfermidades sociais (violência, miséria, desemprego), ou enfermidades espirituais (anomias, ódio, falta de sentimento na vida, desesperança)."

De acordo com o conceito de saúde da nossa Constituição, tal conceito confunde-se com o próprio direito à vida, por quanto tem sua definição claramente ampliada ao mesmo tempo em que se encontra condicionado a um conjunto de fatores de ordem sócio-econômica, imprescindíveis à própria sobrevivência da pessoa humana.

Enfatiza-se a concepção integral da saúde, à qual exige o desenvolvimento de ações voltadas para a erradicação das causas sociais da doença. Esse é o ideal de saúde preconizada pela norma constitucional federal; a erradicação das causas sociais das doenças.

## 4.2 O Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios do SUS

O Sistema Único de Saúde, SUS, é fruto de um longo processo de construção política e institucional nomeado Reforma Sanitária, voltado para a transformação das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, gestado a partir da década de 70 quando o país vivia em regime de ditadura militar.

Mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária brasileira é um projeto civilizatório, como fora trazido pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira de 2006, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira tendo a saúde como eixo de transformação, e a solidariedade como valor estruturante. Da mesma forma, o projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades.

Segundo o Ministério Público do Estado do Espírito Santo (2004):

"o ideal da existência de um sistema único de saúde a nível nacional, é resultado de esforços empreendidos nos anos 70 denominado Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, cujo objetivo era a modificação do então sistema de saúde brasileiro considerado de atendimento desigual, na medida em que, à assistência pública à saúde era privilégio somente dos trabalhadores assalariados portadores de carteira assinada, (antigo INAMPS), restando aos outros o atendimento particular ou o atendimento oferecido pelas santas casas de misericórdia, postos de saúde e hospitais universitários, para os quais corriam os mais pobres."

Ao incluir a saúde como um direito constitucional da cidadania no capítulo da Seguridade Social avançou-se na concretização da democracia, fortalecendo a responsabilidade do Poder Legislativo e do Judiciário. Mesmo coincidindo com o governo Collor e o início da implantação das propostas neoliberais de ajustes do Estado, a construção do SUS foi realizada na contramão das políticas econômicas, configurando, juntamente com a atuação do Ministério Público, alguns dos mais expressivos resultados dos preceitos democráticos inscritos na CF/88.

Com isso, a implantação do SUS atendeu aos anseios de universalização do acesso igualitário de todo e qualquer cidadão a um atendimento de saúde de caráter gratuito e obrigatório, sendo prestado pelo Estado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi previsto e idealizado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 em seu art. 196 ao 200 e

regulamentado pelas leis federais nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Conforme o Ministério Público do Estado do Espírito Santo (2004):

"constitui-se, portanto, o Sistema Único de Saúde, em um sistema público, ao qual toda a população tem acesso. Vale ressaltar que, além do Brasil, apenas a Inglaterra, França e Canadá apresentam uma política de saúde pública fundada no princípio da universalidade do acesso."

No âmbito da reforma do Estado, o SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo baseado na descentralização do poder para os níveis sub-nacionais e para a participação e controle social. Como consequência ocorreu uma ousada municipalização do setor da saúde. Foram criados Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo, nos municípios e estados nos quais os representantes dos usuários participam em 50% do total de sua composição. Foram instituídos os Fundos de Saúde substituindo os convênios entre os entes federativos. Tal modelo de pacto federativo utilizado pelo SUS, acentuando a participação municipal, mostrou-se altamente adequado à realidade de uma sociedade marcada pelas desigualdades sociais e regionais. Segundo o Fórum da Reforma Sanitária, o êxito da descentralização pode ser medido pelo seu impacto no aumento da base técnica da gestão pública em saúde no nível local, regional e central. Também, a rede de atenção básica teve grande expansão, a partir de 1998, ampliando enormemente o acesso das populações antes excluídas. O sistema universal e descentralizado permite que o país realize um dos maiores programas públicos de imunizações do planeta e um programa de controle da AIDS mundialmente reconhecido.

E continua o mesmo órgão em seu estudo:

"a descentralização, a integralidade da assistência e a participação da comunidade, constituem tanto princípios como diretrizes do SUS, representando o seu tripé de sustentação e caracterizando-o como um sistema único e universal, na medida em que, em toda a nação brasileira, esses princípios e diretrizes devem sempre representar o norte a ser tomado em termos de organização ou de re organização dos serviços de saúde oferecidos, sejam estes federais, estaduais ou municipais. Além destes complementando-os, encontram-se os Princípios da Igualdade da Assistência à Saúde, da Equidade na Distribuição de Recursos e da Resolutividade dos serviços".

Além dos princípios fundamentais do SUS, anteriormente descritos, a lei 8080/90, traz em seu texto, princípios complementares, tais como, a preservação

da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; o direito à informação, as pessoas assistidas, sobre sua saúde (incluindo-se aqui não só informações de interesse das pessoas assistidas ou de interesse da comunidade, como também, em se tratando dos usuários dos serviços de saúde, a garantia do acesso às informações de seu prontuário médico); e a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridade na alocação de recursos e orientações programática; a integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento; a conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; a organização dos serviços públicos de saúde de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

Tendo como norte o Princípio da Publicidade da Administração Pública a lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Logo no art. 1º da citada lei ela cria como instâncias colegiadas de participação da comunidade, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, compostos paritariamente por representantes do governo, prestadores de serviços; profissionais de saúde e representantes dos usuários, com competência para atuar na formulação dos recursos destinados a execução da política de saúde e, incluindo a fiscalização dos recursos alocados para as ações e serviços de saúde, ou seja, a analisam, aprovaram o plano de saúde e fiscalizam seu cumprimento e a aplicação dos recursos.

Com essa constituição o Conselho de Saúde ganha a representatividade daqueles que são os mais interessados nas políticas de saúde; os seus usuários, o que é uma novidade trazida por esta e outras legislações a partir da década de 90. A participação popular juntamente com servidores públicos para a formulação de políticas públicas ajuda a dar transparência, publicidade a estas políticas, ao uso e destinação de recursos públicos e, faz com que as ações e os recursos sejam melhores alocados, e também, sejam prestados conforme as necessidades de cada área ou setor da comunidade.

As decisões do corpo do Conselho são tomadas em forma de resoluções e devem ser adotadas pelo Poder Executivo, para posterior publicação e vigência; caso o Poder Executivo de maneira injustificada, não as sancione, as deliberações, sendo estas legítimas e plausíveis, tendo em vista o bom senso e os recursos públicos, tal atitude poderá sofrer Ação Civil Pública com obrigação de fazer, movida pelo Ministério Público do estado onde se localiza o Conselho que teve sua resolução injustificadamente não acatada.

Da mesma forma, pode ocorrer medida semelhante quando o respectivo Conselho, comprovar irregularidades insanáveis de sua constituição ou funcionamento, este último podendo ser constatada também por comprometimento total ou parcial dos conselheiros com a autoridade administrativa, em detrimento dos reais interesses da coletividade.

Na resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992, estão dispostas todas as competências dos Conselhos de Saúde, principalmente no que tange ao Conselho Nacional de Saúde.

O art. 12 da lei 8689 de 1998, regulamentada pelo decreto-lei nº 1651 de 1995, ao Conselho de Saúde, assim como as Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas, o direito de, trimestralmente, exigir do gestor do Sistema Único de Saúde, Secretário Municipal ou Estadual, um relatório detalhado, contendo dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, de auditorias, bem como sobre a oferta e a produção de serviço na rede assistencial própria, contratada ou conveniada. Diante dessa troca de informações os Conselhos de Saúde, nos três níveis, federal e estadual e municipal, podem deliberar sobre quanto e como melhor investir nas políticas públicas de saúde em sua esfera, e também, fiscalizar os gastos e ações dos gestores do Poder Executivo, alocados na área da saúde.

Apesar de não dispor de poder sanatório, o Conselho de Saúde, tem sob sua responsabilidade, funções da maior importância, devendo exercê-las com rigor. A excelência do funcionamento do conselho, depende do entusiasmo e participação de seus conselheiros, agindo de forma imparcial e tendo como meta fundamental o acesso universal à saúde, sua promoção e proteção em todos os níveis da comunidade e principalmente a massa mais carente e também aqueles que mais necessitam; crianças, gestantes e idosos.

O Conselho de Saúde pode-se constituir em outras instâncias colegiadas tais, como o Conselho local de saúde, que pode atuar em bairros ou setores

estratégicos de um município, facilitando assim o acompanhamento do serviço prestado nas unidades de saúde e hospitais, daquele local específico, podendo assim, propor melhores formas de ação, tendo em vista aquele perfil específico dos moradores daquela região.

As Conferências de Saúde são fóruns onde são debatidas ações e serviços de saúde pelos representantes dos Conselhos de Saúde de vários municípios e de todos os níveis de governo. Nessas Conferências trocam-se idéias, problemas e soluções comuns aos níveis de governo. De acordo com a legislação específica, as Conferências devem ser realizadas pelo menos de quatro em quatro anos em níveis estaduais e no nível municipal de dois em dois anos, na medida em que, as conclusões emanadas de seus debates, constituem os rumos e diretrizes que geralmente norteiam os planos de saúde, nos diferentes níveis governamentais.

Todo cidadão tem direito, garantido por Lei, a receber assistência médica de qualidade. A seguir vamos lembrar alguns princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) definidos pela Constituição Federal.

#### **UNIVERSALIZAÇÃO**

É o acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

#### **EQUIDADE**

Igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das situações de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos da população.

#### **INTEGRALIDADE**

Conjunto de ações e serviços de prevenção e cura, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis do sistema.

#### **RESOLUTIVIDADE**

Eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde através da assistência integral resolutiva, contínua e de qualidade, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais a população está exposta.

#### **INTERSETORIALIDADE**

Ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos a fim de somar esforços em prol de um objetivo comum.



**HUMANIZAÇÃO**

Responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento de vínculo entre as equipes de profissionais e a população.

**PARTICIPAÇÃO POPULAR**

Democratização do conhecimento do processo de saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para exercer efetivo controle social na gestão do sistema.

O Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo— União, Estados e municípios —, todas consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica. São 26 Estados e o Distrito Federal e 5.560 municípios. Estados que vão desde Roraima, com apenas 279 mil habitantes, até São Paulo, com mais de 36 milhões de habitantes. Municípios com pouco mais de mil habitantes até o município de São Paulo com mais de 10 milhões de habitantes.

O sistema federativo seria, em linhas gerais, adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, por favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social. Por outro lado, esse tipo de sistema torna mais complexa a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil. Nesses casos, acentua-se a importância do papel das políticas sociais redistribuição, redução das desigualdades e iniquidades no território nacional e inclusão social.

Além disso, a implementação de políticas sociais em um sistema federativo requer, por um lado, a explicitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política e, por outro, a adoção de mecanismos articuladores entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementação.

No que diz respeito às políticas de saúde, agregue-se a isso a complexidade inerente a essa área, relacionada aos seguintes fatores: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de

pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que freqüentemente tensionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania.

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque, por suas implicações para a área da saúde. A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros, em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados.

Outro aspecto relevante é que o federalismo brasileiro ainda se encontra de certa forma “em construção”, uma vez que, ao longo de toda a história, foi tensionado por períodos de centralismo autoritário e a redemocratização do País ainda é relativamente recente.

### **4.3 Dimensões Éticas e a Estratégia Saúde da Família (ESF)**

A década de 90, em vários países, caracterizou-se por ser a década das reformas na área de saúde. Foram reformas diferentes daquelas operadas no final dos anos 70 e 80, mas como resposta, ainda, a uma mesma conjuntura ou a um mesmo problema de base. Inicialmente foi criado o programa, saúde da família que é posteriormente alçado à condição de estratégia para reorientação da assistência, que passaria a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou de atenção básica.

Em virtude da importância que o PSF adquire por sua expansão e difusão, pelo seu potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência em saúde e pelo considerável contingente de trabalhadores envolvidos, busca-se, neste texto, refletir sobre a dimensão ética que impera no cotidiano destes trabalhadores. Para uma atuação plena do exercício dos

profissionais de saúde no PSF não é só necessária a competência técnica, o conhecimento da construção do SUS, o surgimento do PACS e do próprio PSF e de suas atribuições dentro deste novo programa, mas também compreender e saber de seus limites legais e éticos no seu exercício dentro do PSF, conferidos por sua legislação.

“A estratégia de trabalho do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de riscos, aos quais ela está exposta, e nele intervindo de forma apropriada” (SOUZA, 2000).  
“O PSF prioriza a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e da família de forma integral e continuada. Este programa baseia-se na atenção à família em sua relação com o ambiente físico e com sua rede social de relações individuais ou coletivas. Nas palavras do Ministério da Saúde o PSF tem o propósito de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros”. (BRASIL, 2001)

O Programa Saúde da Família (PSF) assume um conceito ampliado de atenção básica, avançando na direção de um sistema de saúde integrado que converge para a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. Assim, se a construção do SUS implica uma reviravolta ética, a reorganização da atenção básica pela estratégia do PSF amplia e aprofunda o trajeto desse giro ético, pois sua efetivação não se resume a uma nova configuração da equipe técnico-assistencial, mas a um novo processo de trabalho marcado por uma prática ética, humana e vinculada ao exercício da cidadania (FORTES, 2004).

Cabe-nos pensar a ética como uma abordagem em constante transformação, que deve e pode ser incorporada pelos indivíduos no processo de formação através de uma atitude diante da vida cotidiana, capaz de julgar criticamente os apelos da moral vigente; a ética está presente na consciência humana, sustenta e dirige as ações do homem norteando a conduta individual e social.

A ação ética é uma prática que deve ser exercitada todos os dias, tornando nossa existência profissional/pessoal uma narração dotada de sentido.

Alguns valores éticos segundo Mota (1984) são básicos em toda profissão. A responsabilidade social e legal, a democracia, a discrição, a verdade, a justiça e

a solidariedade garantem uma participação efetiva do profissional para uma consciência social mais humana, mas além destes o autor acredita que precisamos levar em conta as qualidades pessoais inatas ou adquiridas que concorrem para seu enriquecimento profissional.

Estas qualidades individuais estarão mais ligadas a sua responsabilidade profissional; responsabilidade segundo Almeida (1999) tem sua origem na expressão latina *red spondeo* (*red* = prefixo de anterioridade; *spondeo* = esposar, assumir; assumir antecipadamente pelo que vai fazer). Esta responsabilidade estará inculcada em cada indivíduo durante seu processo de formação e posteriormente na atuação profissional. Sua responsabilidade deverá estar ligada com o seu dever em cumprir suas obrigações trabalhistas. Este é o dever moral, imperativo categórico de Kant, o dever é inerente ao homem, é um atributo da consciência, é o compromisso que o indivíduo tem para consigo e para com os seus princípios da verdade, é a forma de pensar o outro, de olhar alguém com aprofundamento, é o princípio de alteridade fazendo-se presente, é a capacidade de encontro com alguém diferente, com o qual podemos interagir por meio da assistência e ou da prestação do cuidado.

Vivenciamos em nosso cotidiano situações em que o abuso do poder, o desrespeito com o corpo e com o outro, a falta de humildade junto ao cliente/paciente e com os outros profissionais é tamanho que nos deixa estarecidos, que nos leva a refletir cada vez mais sobre o papel da ética, a responsabilidade profissional, o princípio de alteridade.

Concordamos com Freire (1998:165) quando afirma:

“Estar convencido, porém, de que a rigorosidade, a séria disciplina intelectual, o exercício da curiosidade epistemológica não me fazem necessariamente um ser mal amado, arrogante, cheio de mim mesmo. Ou, em outras palavras, não é minha arrogância intelectual a que fala de minha rigorosidade científica. Nem a arrogância é sinal de competência, nem competência é causa de arrogância. Não nego a competência, por outro lado, de certos arrogantes, mas lamento neles a ausência de simplicidade que, não diminuindo em nada o seu saber. Os faria gente melhor. Gente mais gente”.

Estes dizeres de Freire (1998) nos levam a pensar o quanto temos nos deparado com esta situação, o quanto os indivíduos se deparam com este fato, o quanto as pessoas são desrespeitadas, humilhadas em seu cotidiano simplesmente pelo poder.

No cotidiano segundo Camon (1997:29):

“O comportamento ético não se faz mister; parece até que se trata de éticas estanques: a pessoal e a profissional. A ética pessoal não vem sistematizada num código, faz parte da existência do ser como cidadão. Tem origem na família, prosseguimento na escola e, por fim, expande-se por toda vida social do indivíduo. Aprende-se e apreende-se como proceder na relação com o outro”.

Contudo, em relação à ética profissional, os códigos apontam o que se deve e o que não se deve ou não se pode fazer; o comportamento dos profissionais passa a ser regido por leis, e a assistência está respaldada num pedaço de papel e o homem neste caso hospitalizado ou necessitando de ajuda, passa a ser apenas uma máquina com defeito.

A responsabilidade normativa segundo Segre (1999) nasceu em razão da organização social elaborada pelo homem, na qual cada indivíduo tem atribuições impostas pelas necessidades do grupo. Destas atribuições, algumas são de caráter geral e outras específicas, isto é, determinados a indivíduos de acordo com a categoria profissional e/ou função exercida. A prática contrária a este *ethos* estava sujeita a sanção.

A partir da evolução das sociedades organizadas as normas passaram a ter não apenas a força, mas adquiriram também a forma de lei.

Os profissionais da saúde não podem deixar que a assistência ao homem seja feita de maneira normativa, em que seu corpo seja visto apenas como uma máquina que não está funcionando direito precisando de ajustes. Este modelo cujo homem e a saúde assumem um caráter limitado, estático, circunscrito ao espaço biológico, é mostrado por Capra (2000) e denominado de biomédico.

Esta visão fragmentada acerca do homem e a dicotomia do processo saúde-doença que centra a preocupação nos aspectos biológicos, que secundariza as circunstâncias sociais e históricas devem ser repensadas nos dias de hoje, para que assim possamos oferecer uma formação na qual o homem seja visto como um todo e de maneira abrangente.

“É impossível conceber a unidade complexa do ser humano pelo pensamento disjuntivo, que concebe nossa humanidade de maneira insular, fora do cosmos que a rodeia, da matéria física e do espírito do qual somos constituídos, bem como, pelo pensamento redutor, que restringe a unidade humana a um substrato puramente biológico. Com isso, o nosso saber, por não ter sido religado, não é assimilado, nem integrado, assistimos ao agravamento da ignorância do todo, enquanto avança o conhecimento das partes”. (MORIN, 2000:43).

O reducionismo do conhecimento exclusivamente racional determinou à sociedade a equiparação de sua identidade à mente racional e não ao organismo como um todo, espalhando culturalmente os efeitos dessa divisão mente e corpo. Podemos citar os dizeres de Capra (2000:37) quando ressalta que:

“ Na medida em que nos retiramos para nossas mentes, esquecemos como pensar com nossos corpos, de que modo usá-los como agentes do conhecimento. A divisão entre espírito e matéria levou a concepção do universo como um sistema mecânico que consiste em objetos separados, os quais, por sua vez, foram reduzidos a seus componentes materiais fundamentais. Essa concepção cartesiana da natureza, foi além disso estendida aos organismos vivos, considerados máquinas constituídas de peças separadas”.

Através deste modelo de cuidar, passou-se a concentrar à máquina corporal, negligenciando o homem como ser bio, psíquico, espiritual e social; que segundo Olivierl (1994:17) afirma:

“Somente após o desaparecimento do médico da família, a doença passa a ser o centro das atenções e exige um tratamento particular e específico, desviando assim o pensamento do profissional de outras necessidades reais do doente”.

Procede-se assim uma violenta redução do tema ética, como se restringisse à sistemas normativos aplicados às profissões, ocultando-se seu maior sentido: a reflexão sobre o próprio estar e agir do homem no mundo.

Essa divisão derivou de uma visão de mundo em que o conhecimento científico passou a ser o único método válido de compreensão do universo e a aceitação do ponto de vista cartesiano como verdade absoluta, sendo que o método de Descartes era o único meio válido para chegar ao conhecimento desempenhando um papel importante nas alterações culturais. Desta forma, os organismos vivos eram vistos como máquinas e composto de partes separadas.

A partir de então os profissionais de saúde perderam de vista o paciente como ser humano; grave erro da abordagem biomédica. Nesta, as interações do homem com seu contexto social, cultural, geográfico, político e ético não são privilegiados, trata-se de partes e fragmentos, mas não de homens.

De acordo com Alonso (2006) o exercício profissional ao se tecnificar, faz com que se diluam os aspectos éticos da profissão. O profissional passa a ser um técnico instrumentalizado pelo processo, pela empresa ou pelo cliente para o qual trabalha, a única virtude que se exige dele é a habilidade. Este processo converte o profissional em uma peça que desempenha a função de forma mecânica.

Atualmente esta forma tecnicista de cuidar vai contra o que se pretende com a Enfermagem em Saúde Coletiva conforme nos aponta Neves, Pacheco (2004), pois os autores descrevem um fazer que consiste em: reconhecer as necessidades de saúde da comunidade, obter uma participação ativa da população, reconhecer a saúde como um dos direitos dos utentes, executar as atividades de prevenção e promoção de saúde; isto é, cuidar na totalidade.

Cuidar de homens como ser corpo, mente e espírito, como um ser pensante, é cuidar do homem em sua totalidade, é acreditar que o homem através dos tempos pudesse ter um comportamento especial com o outro homem, cuja pessoa teria sempre o outro como um fim em si mesmo e não como objeto.

Esta maneira de ser e pensar o Homem é tratada por Camargo (1998) como corporalidade que representa a estrutura condicionante da vida pessoal, é um caráter peculiar da condição humana; abrangendo a totalidade do homem tanto na relação consigo mesmo quanto no seu relacionamento com os outros. Ela se coloca basicamente porque o homem não pode pensar sem ser, nem ser sem seu corpo, através do qual ele se expõe a si próprio e ao mundo.

Entendemos que tanto a terminologia utilizada por Camargo (1998) corporalidade, como a utilizada por Plinto (1998) corporeidade, nos sugere lidar com o HOMEM como um ser corporal, como um ser pensante, integral, vivendo numa relação intencional e dialética com o mundo, que não pode ser compreendido apenas como um objeto a mais na sociedade.

Aprender o significado de corporeidade, tema este defendido por diversos autores, pressupõe excitar o sensível, revelar suas possibilidades conforme Moreira (1995:52) nos coloca:

“perceber qual é o espaço do corpo implica entrar no universo dos seres que se mostram, sendo assim, perceber o constructo corporeidade implica habitá-lo, compreendê-lo em várias perspectivas”.

Para Polak (1997:24), “corporeidade é o modo de ser do homem; é a essência expressa pelo corpo, visto-vivente, sensível, que sente e é sentido, é também tocado-tocante, visto no processo de coexistência, num recrutamento, num quiasma”.

Estas concepções são importantes, pois ampliam ainda mais nossa visão quanto às necessidades éticas, estéticas, de solicitude, de compreensão, e nos

permitem perceber o homem na sua totalidade, validando a necessidade da abordagem ética no ensino para os profissionais da saúde.

“Este novo mundo requer um novo tipo de médico: alguém capaz de praticar tanto as ciências sociais quanto a medicina. Alguém que, como parte de uma equipe multiprofissional, tenha uma compreensão de forma holística tanto das necessidades de saúde da comunidade, quanto dos indivíduos; deve ser ainda alguém que possa analisar o contexto cultural, social e econômico na origem, persistência, prognóstico e cuidados com a doença”. (HELMAN, 1994:9)

Entender como a ética veio fazer parte de nossas vidas é o primeiro passo para entendermos a importância dela frente às nossas atitudes, aos nossos valores, à nossa moral, à sociedade e conseqüentemente a aplicação dela nas instituições de ensino, saúde e outras.

Para tanto, precisamos entender inicialmente o que vem a ser ética, qual seu significado.

Ética quanto a sua origem semântica se equivale a moral. Segundo Savater (2002) o adjetivo ético na linguagem comum é aplicado a comportamentos, posturas (éticos, pouco éticos, falhos) das pessoas, numa referência à realidade humana na sua plenitude e na sua totalidade.

O autor continua explicando que a palavra portuguesa deriva de dois termos gregos muito semelhantes no seu significado e pronúncia. *Éthos* significa hábito ou costume, entendidos como maneira exterior de comportamento; *Êthos* tem significado mais amplo, o de lugar ou pátria, ou maneira de ser ou até forma de pensar da pessoa.

Portanto ética pode ser traduzido como modo ou forma de vida, entendendo o homem na vida, o seu caráter, costumes, e não podendo deixar de lado a moral deste indivíduo.

Os termos ética e moral muitas vezes são usados como sendo equivalentes, pois a palavra moral que vem do latim *mos* ou *more* significa costumes, conduta de vida, referindo-se a regras de conduta humana no cotidiano.

Concordamos com Savater (2002) quando explica a distinção entre as palavras moral e ética, a primeira refere-se à prática concreta dos homens enquanto membros de uma sociedade, enquanto que ética é a reflexão sobre estas práticas, é uma reflexão crítica sobre a moral. Mas ela não é puramente teoria; a ética é um conjunto de princípios e disposições voltados para ação historicamente produzidos, cujo objetivo é balizar as ações humanas.



Ética é mutável e explicável e existe como referência para os seres humanos em sociedade, de modo tal que, a sociedade possa tornar-se cada vez mais humana.

Não há conceito único sobre ética como poderemos notar, existem vários entendimentos sobre seu significado.

Conforme nos aponta Fortes (1998:25) "ética é um dos mecanismos de regulação social do homem que visa garantir a coesão social e harmonizar interesses individuais e coletivos".

Para Gallo (1999:14) "ética é a parte da filosofia que se dedica pensar as ações humanas e seus fundamentos".

Já Vasquez (1999:23) retrata ética como "a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade, ou seja, é a ciência de uma forma específica de comportamento humano".

Segundo Valls (1987:4) "a ética é entendida como um estudo ou uma reflexão, científica ou filosófica e eventualmente até teológica sobre os costumes ou sobre as ações humanas".

Na opinião de Boff (2000:54), "a ética não é algo acabado e feito em uma única vez. O ser humano está moldando os padrões éticos para sua vigência. Ética significa tudo aquilo que ajuda tornar melhor o ambiente para que seja saudável".

No entender de Silva (1998:48) "a ética pode ser considerada um tratado teórico da moral ou como a ciência especulativa da moral".

A ética visa o bem a ser conquistado e garantido frente ao mal que deve ser evitado, isto é, a nossa compreensão de ética está baseada na capacidade que o indivíduo possui para lidar com o conflito entre o bem e o mal que surge sempre frente a algum fato que exija um posicionamento, o que está sempre presente em qualquer atitude humana.

A ética consiste no discernimento para encontrar entre os interesses dos indivíduos, do grupo, da nação, da humanidade os valores nos quais se baseiam a conduta, isto põe o difícil problema de eleição do valor, o qual deverá medir a moralidade dos atos.

Pois, segundo Silva (1999:60):

"o agir humano, individual coletivo, não ocorre somente orientado pelo instinto, ao contrário, as nossas ações são dirigidas, em grande parte, pelos valores que são herdados e construídos, principalmente em nossos âmbitos familiares, sociais, históricos e culturais".

Etimologicamente valor provém do latim *valere*, ou seja, que tem valor, custo. Para Cohen (1999:15), o conceito de valor está freqüentemente vinculado a noção de preferência ou seleção e segue afirmando

"ser o valor uma crença duradoura em um modelo específico de conduta ou estado de existência, que é pessoalmente ou socialmente adotado, e que está embasado em uma conduta preexistente, os valores podem expressar os sentimentos e o propósito de nossas vidas, tornando-se muitas vezes a base de nossas lutas e de nossos compromissos".

Valor é um atributo, uma qualificação que damos a um determinado ser diante das suas propriedades. Os seres, objetos, coisas possuem propriedades, isto é, algo que é próprio, específico deles, quando estas propriedades passam a fazer parte de uma relação social geram interesse, necessidade, utilidade e prazer ao ser humano, então, o homem atribui um valor (positivo ou negativo) às coisas, conforme seu interesse nestas propriedades, criando assim uma escala valorativa.

Valor é a força capaz de tirar o homem de sua indiferença e provocar nele uma atitude de avaliação, porque contribui de alguma forma para sua realização pessoal.

Percebemos que há vários modos de expressar o valor; valor econômico, artístico, cultural, sentimental, de uso, de troca ou moral. Podemos ainda dividir o valor em material e não material ou moral e não moral; o material ou não moral aplicamos às coisas, e o não material ou moral é o que aplicamos aos atos e produtos dos atos humanos livres e conscientes.

Os valores colocam o homem diante de si mesmo, diante dos outros e diante do mundo, numa atitude de conhecimento, discernimento, avaliação e ação.

Segundo Vasquez (1999:149):

"os valores existem unicamente em atos e produtos humanos. Tão-somente o que tem significado humano pode ser avaliado moralmente, mas, por sua vez, tão somente os atos ou produtos que os homens podem reconhecer como seus, isto é, os realizados consciente e livremente, e pelos quais se lhes pode atribuir uma responsabilidade moral".

Portanto podemos entender que um produto pode assumir vários valores, embora um deles seja determinante, assim, uma ação moral pode estar diretamente ligada às nossas preferências pessoais ou sociais, aos nossos valores e estarão permanentemente conosco fazendo parte de nossas vidas de um modo livre e consciente.

Concordamos com os dizeres de Vilalobos (1999:40) quando afirma que:

“los sistemas de valores son modificados a lo largo de la vida o sea como a gente toma sus nuevos roles e reponsabilidades. Los antecedentes o determinantes de los valores y de los sistemas de valores son complejos y envuelven la cultura, la sociedad, sus instituciones y la personalidad individual”.

Com isso verificamos que não existe valor em si enquanto coisa, mas sim o valor enquanto uma relação entre o sujeito que valoriza e o objeto valorado. "Atribuir um valor a alguma coisa é não ficar indiferente a ela, portanto a não indiferença é a principal característica do valor segundo Aranha (1992:106).

A reflexão ética visa identificar os valores humanos e a elaboração de normas de comportamento para a garantia do bem humano e social, pois toda ação do homem está associada à moral e aos valores por ele estipulado.

Quando falamos de valor, segundo Formiga (2000:9) partimos do pressuposto que:

“ todo ser humano age por uma motivação em vista de uma finalidade; é sabido que entre a motivação e a finalidade não existe uma transparência que determine ser todo ato bom e responsável, vários fatores psicológicos, sociais, culturais podem influenciar estes atos”.

Portanto segundo esta visão, mesmo um ato humano, médico ou científico podem ser maus e irresponsáveis se as motivações forem egoístas ou se a finalidade for a ganância de fama, poder e riqueza.

Concordamos com Heath (2001:15) quando afirma que “valores são princípios pelos quais escolhemos basear nosso comportamento”, comportamento este que deve estar baseado em valores fundamentais como justiça, igualdade e solidariedade, que precisa ser implementado nas escolas e nas relações do cotidiano.

Enfim, acreditamos que somente através destes princípios que poderemos reconstituir esta sociedade esfacelada pela miséria, violência, egoísmo, individualismo, pois isto não só faz parte de nossa vida cotidiana como define nosso modelo de relações humanas, favorecendo a formação e construção do cidadão.

Como já dissemos anteriormente, a axiologia (axios, em grego, valor) não se ocupa dos seres, mas das relações entre os sujeitos que os aprecia, os valores estão presentes no convívio pessoal mais amplo, que vai além das diferenças

étnicas e culturais entre as pessoas, da escolha do diálogo para esclarecer conflitos, da prestação do cuidado como atitude dos profissionais da saúde.

Ter um conteúdo axiológico em nossas relações, não significa somente que consideramos uma conduta boa ou positiva, digna de apreço ou de louvor, do ponto de vista moral, significa também que esta atitude pode ser má (VASQUEZ, 1999), dependerá muito da maneira como entendemos o fato, pois as pessoas não nascem boas ou ruins, é a sociedade que educa moralmente seus membros, embora a família, os meios de comunicação e o convívio com outras pessoas tenham influência marcante no comportamento das pessoas. Tudo passa a ter valor quando colocado numa relação social (humana) nada tem valor fora desta relação.

É através desta hegemonia que construímos nossas próprias práticas cotidianas, e deliberamos sobre nossos valores e é através deste conjunto de ações e significados de senso comum, que constituímos nosso mundo social tal qual o conhecemos, porém nem sempre estamos em condições de transformá-lo.

Vasquez (1999:140) procura em seus escritos definir valor como sendo:

"o valor não é uma propriedade dos objetos em si, mas propriedades adquiridas graças à sua relação com o homem como ser social. Mas por sua vez, os objetos podem ter valor somente quando dotados realmente de certas propriedades objetivas; os valores são criações do homem e só existem para o homem". (1999,146)

Já que o valor como vimos é uma experiência fundamentalmente humana que se encontra no centro de todas as ações e escolhas da vida, podemos afirmar que fazer um plano de ação nada mais é do que dar prioridades a certos valores, ou seja, escolher o que é melhor e evitar o que é prejudicial às nossas vidas.

Para escolha destes critérios é necessário compreender que atitudes, normas e valores comportam a dimensão social e pessoal que se vive, quais princípios assumidos pessoalmente por cada um a partir dos vários sistemas normativos, que circulam na sociedade, sendo o grande desafio conseguir se colocar no lugar do outro, compreender seu ponto de vista e suas motivações ao interpretar suas ações, isto segundo Cadinha (2001) desenvolve no ser humano a atitude de solidariedade e a capacidade de conviver com as diferenças.

Há muita diversidade nos valores que as pessoas crêem e nos quais baseiam suas condutas, os valores serão diferentes de acordo com a época em

que são vividos, a cultura dos povos e são resultados das experiências vividas pelo homem ao se relacionar com o mundo e com outros homens.

A ética consiste no discernimento para encontrar, entre todos estes valores, o critério de justa escolha, embora, apesar dos valores não serem coisas, possamos através deles obter experiências que nos permitam intuir a partir de atitudes mentais e afetivas qual é o valor que seria mais adequado ser assumido naquele momento.

Concordamos com Silva (1993:9) quando afirma que:

“a ética não pode ser separada da experiência efetiva dos valores, é dentro desta escala de valores que somos medidos, avaliados como seres humanos sempre buscando a melhor maneira de viver. Viver intensamente e positivamente os valores morais, não apenas para um reconhecimento social mas para uma plena realização individual, profissional e coletiva. Ninguém nasce ou morre sem valor positivo ou negativo, cabe a cada um de nós vivê-los com dignidade ou não”.

Acreditamos que cada um de nossos atos, que a escolha de um valor tem uma dimensão universal; e por causa disso, a ética, a conduta íntegra e um discernimento cuidadoso são elementos decisivos para uma vida feliz.

Atualmente a discussão sobre ética, habitualmente confinada aos domínios filosóficos adquiriu uma relevância social sem precedentes. As questões morais tornaram-se objeto de conversas e incorporam-se ao cotidiano do homem comum, expressando urgência de uma redefinição nos modelos das relações humanas.

Para esta construção não basta boas intenções, mas também um controle sobre os efeitos intencionais das nossas ações e o conhecimento de que o questionamento moral pressupõe através de um conflito entre interesse imediato e a longo prazo e entre interesse particular e o da coletividade.

O comportamento moral, portanto, não é a expressão e a manifestação de uma natureza dada de uma vez pra sempre, eterna e imutável, mas de uma natureza que se transforma que pode passar por um processo de mudança, de transformação, o que constitui a própria construção da história da humanidade. A moral, portanto, é histórica porque o homem também tem um caráter histórico-social.

A moral segundo Lunardi(1994:48):

“cumpre uma função imprescindível: é um meio de regulamentação do comportamento dos indivíduos no seu grupo social, na sua coletividade. Os princípios, valores, normas, devem passar pela consciência do indivíduo, sendo assimilados e interiorizados, de modo

a que voluntariamente seus atos adequem a tais normas e tais valores”.

A ética é uma reflexão crítica sobre a moral. Mas ela não é puramente teoria; a ética é um conjunto de princípios e disposições voltados para a ação, historicamente produzidos, cujo objetivo é balizar as ações humanas. A ética existe como referência para os seres humanos em sociedade, de modo tal que a sociedade possa se tornar cada vez mais humana.

A ética é parte do fato da existência da história da moral, isto é, têm como ponto de partida a diversidade de morais no tempo, com seus respectivos valores, princípios e normas. (VASQUEZ, 1999)

A ética foi vivenciada desde a época de Adão, quando este escolheu o caminho proibido a ser seguido. A palavra de Deus constituiu naquele momento uma norma ética, lei natural; com isso podemos afirmar que o homem vive cumprindo as ordens, princípios morais, cria códigos de comportamento, desde a criação do homem por Deus até os dias de hoje.

Portanto para exercitarmos nossa profissão será sempre necessário respeitarmos o outro, respeito que começa por se concretizar no modo discreto como esse outro é abordado e tratado a sua privacidade, seus valores, seus costumes, respeito pelos seus sentimentos; somente desta forma que poderemos estar dizendo que estaremos cuidando com toda à ética.

#### **4.4 Histórico da Estratégia Saúde da Família**

Segundo o Ministério da Saúde (2001) as origens da Estratégia Saúde da Família (ESF) estão nos movimentos reformistas das décadas de 1970 e 1980, que visavam substituir o modelo tradicional de saúde, baseado na valorização do hospital e da doença, por um novo modelo que prioriza a prevenção e promoção da saúde, com a participação da população.

Os princípios da atenção primária em saúde eram discutidos em movimentos internacionais, esboçados em conferências e experimentados em alguns países, inclusive na América Latina. Em comum eles tinham a ênfase nos cuidados primários de saúde e a figura do agente de saúde, um novo ator social envolvido na prevenção das doenças e na promoção da saúde, que abria a

possibilidade de estabelecer uma nova prática de saúde entre os serviços e a comunidade. No Brasil, os anos 70 e 80 marcaram um processo longo de discussão sobre um novo paradigma para a saúde, colaboraram para a construção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988. Inicialmente ligados a centros acadêmicos ou organizações não governamentais, projetos localizados ajudaram a formar, para a saúde pública, um novo modelo que duas décadas de pois está implantado em mais da metade dos municípios brasileiros, contribuindo para melhorar a qualidade de vida da população.

O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS) foi criado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991, para somar-se aos esforços voltados à redução da mortalidade infantil e materna na Região Nordeste, portanto, com uma clara focalização de cobertura e objetivos, considerando que essa região concentrava o maior percentual de população em situação de pobreza e, conseqüentemente, mais exposta ao risco de adoecer e morrer.

As Secretarias de Estado de Saúde da região Nordeste foram convidadas pelo Ministério da Saúde para traçar as diretrizes para a formação de Agentes Comunitários de Saúde. Em função de seu projeto bem-sucedido, o Ceará foi a referência das lições aprendidas para a adesão de todo o Nordeste ao programa.

Normas e princípios foram estabelecidos para garantir o perfil necessário ao Agente de Saúde: ter pelo menos 18 anos, saber ler e escrever, ter liderança e ser morador de sua comunidade há pelo menos dois anos. Esses critérios prevalecem até hoje. A necessidade de residir na área onde o agente desempenha suas funções tem se fortalecido como condição essencial para garantir a identidade cultural indispensável para esse tipo de trabalho, além de valorizar as potencialidades locais e provocar a inclusão de lideranças comunitárias no desenvolvimento de uma política pública.

A seleção dos agentes comunitários atendia também a critérios específicos. Eles deveriam ser escolhidos no próprio município por processo seletivo que incluía uma etapa de entrevista, em que se buscava identificar e valorizar a qualidade mais importante para a função: o espírito de solidariedade, capaz de ajudar os moradores na conquista de mais saúde e melhor qualidade de vida.

As coordenações estaduais do PACS sempre desenvolveram papel fundamental para a implantação do programa. Deslocavam-se pelos municípios

para discutir com gestores, conselheiros municipais de saúde e lideranças locais a incorporação dessa nova concepção de trabalho na atenção básica. Nesse período inicial, as Secretarias Estaduais de Saúde assumiam a coordenação e a própria execução do processo seletivo dos agentes, que incluía as fases de mapeamento dos municípios, divulgação e aplicação das provas e entrevistas. Com o avanço do processo de descentralização e municipalização, essa atividade foi assumida como atribuição e responsabilidade dos municípios.

Aos agentes comunitários de saúde era atribuída a responsabilidade de acompanhamento de 150 à 200 famílias, concentradas em uma microárea. Essa medida foi fundamental para fortalecer a importância dos princípios de vigilância à saúde e de responsabilidade territorial. A implantação do PACS, nos municípios, estava condicionada ao cumprimento de algumas exigências:

- \* ter uma Unidade Básica de Saúde à qual o agente comunitário de saúde estivesse vinculado;
- \* ter um profissional enfermeiro, que assumisse a função de instrutor/supervisor;
- \* ter o Conselho Municipal de Saúde implantado;
- \* ter o Fundo Municipal de Saúde criado e implantado, para receber recursos do Programa.

Essas condições foram fundamentais para:

- \* inserir o agente comunitário no âmbito do sistema local de saúde, com garantia de capacitação e supervisão, como condição para o alcance de bons resultados;
- \* fortalecer o movimento de descentralização e municipalização dos serviços de saúde, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde.

Nesse cenário o PACS contribuiu de maneira significativa para a interiorização de profissionais enfermeiros. Inicialmente o programa esteve centrado nos pequenos municípios, que se caracterizavam pela precariedade dos seus indicadores e pela insuficiência de oferta e de organização de seus serviços. Muitos desses municípios não tinham nenhum profissional de saúde residente no local. Dessa forma, foi decisivo o envolvimento dos enfermeiros na implantação do PACS. A própria formação dos profissionais de enfermagem contribuiu para que se avançasse nas ações, que passavam a caracterizar-se como embrião de um futuro movimento de transformação do modelo assistencial.



No final de 1991, início de 1992 o PACS estendeu-se em caráter de emergência para os estados do Norte do País, como estratégia de combate a epidemia de cólera que ameaçava a região.

Nesse momento estava em evidência o movimento pela descentralização e municipalização dos serviços de saúde, conforme estabelece o SUS, e, portanto, cenário de muitos debates que evidenciavam a construção de consensos e explicitavam muitos conflitos, com inevitáveis reflexos no PACS.

A cada mudança política, marcada por troca sucessiva de ministros, retomava-se o debate, pois não havia consenso quanto a sua continuidade. Em 1992, a expansão do programa ficou suspensa por alguns meses e sua continuidade só foi garantida naquele momento em função da epidemia de cólera que ameaçava o País. Não havia fonte e mecanismo de financiamento que garantissem sustentabilidade ao programa. Era freqüente encontrarmos agentes que estavam trabalhando sem receber seus honorários e por outro lado, a rede de serviços continuava desarticulada. Os postos ou Centros de Saúde eram mal utilizados, as ações eram apenas curativas e os profissionais de saúde também insatisfeitos, não tinham vínculo com a comunidade. Essa situação fortalecia a contradição com os princípios que conduziam o trabalho dos agentes comunitários. Havia ainda um conjunto de outros obstáculos, de cunho ideológico, que temia a caracterização do PACS como programa de utilização eleitoreira de perfil neoliberal, de invasão de atribuições de outras categorias profissionais e de desqualificação das ações de saúde. O Programa enfrentava, portanto, um período de muitas dificuldades. É justo referir que, nesse período inicial de concepção e implantação do programa, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), desempenhou importante papel de defesa e fortalecimento de seus princípios.

Em 1993, na gestão do médico Dr. Jamil Haddad à frente do Ministério da Saúde, o PACS foi posto em xeque: ou seria reorientado ou abandonado. As experiências exitosas acumuladas pelo programa em diversos municípios (diminuição da mortalidade infantil, aumento do aleitamento materno exclusivo, melhoria dos indicadores de nutrição de crianças, aumento das taxas de cobertura de vacinação e as medidas gerenciais tomadas em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde permitiram o redirecionamento do programa, com o propósito de corrigir problemas e valorizar suas potencialidades.

O Agente Comunitário de Saúde passou a ser um elemento de identificação e de tradução da realidade social de sua comunidade. Além de trazer, para os serviços de saúde números mais preciosos das condições epidemiológicas de sua localidade, ele possuía como ninguém, conhecimentos de comunicação e da dinâmica de sua comunidade. Os vínculos começavam a ser reconstruídos. Em conseqüência, a pessoa atendida deixava de ser um número ou uma porcentagem das estatísticas oficiais, e ganhava nome, endereço, identidade.

Os agentes funcionavam como mediadores das necessidades das comunidades e das carências do serviço público. Rápidamente seu potencial foi reconhecido, o que fez crescer um forte movimento em seu favor conduzido pelos municípios e Secretarias Estaduais de Saúde.

Em 1993, ocorreu mais um passo importante para o fortalecimento do processo de municipalização dos serviços de saúde: é publicada a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS/93), que estabelece novos critérios para responsabilização dos municípios na gestão municipal. Era mais que necessário trabalhar para a implantação de uma nova estrutura de atenção básica, possibilitando otimização da rede com melhores resultados, com repercussões não só nos custos da saúde, mas sobretudo na qualidade da atenção ofertada às pessoas.

Ao final do ano de 1993, na gestão do Dr. Henrique Santillo, Ministério da Saúde iniciou uma discussão com os municípios já engajados no PACS e instituições com experiência na reforma do modelo assistencial. Havia consenso a respeito das limitações do PACS como instrumento suficiente para provocar mudanças efetivas na forma de organização dos serviços básicos de saúde. Havia também o reconhecimento da crise do modelo assistencial, que precisava ser enfrentada para consolidar o processo de reforma iniciada pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que já expressava avanços significativos com a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde. Era necessário criar instrumentos ou intervenções para a ruptura com o modelo de atenção tradicional e historicamente hegemônico no País, traduzido como um modelo centrado na doença, concentrando suas ações e recursos para o tratamento ou abordagem restrita de riscos. Um modelo que ainda se configurava como curativo, que privilegiava uma medicina de alto custo, exercida de forma verticalizada e acessível apenas à uma parcela restrita da população. Além disso, inviabilizava

práticas intersetoriais coerentes com intervenções sobre os múltiplos fatores que sabidamente eram determinantes do processo saúde-doença. O reconhecimento da crise desse modelo suscitou a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, contemplando a incorporação de recursos humanos e tecnologias contextualizadas nas novas práticas assistenciais propostas. Com esse propósito iniciou-se a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família (PSF) lançado em março de 1994. Era apresentado como a estratégia capaz de provocar mudança no modelo assistencial: romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto com a comunidade. As unidades Saúde da Família passariam a atuar através de uma equipe multiprofissional, composta, minimamente, por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e de seis agentes comunitários de saúde. Assim se assumia o desafio do trabalho em equipe, multidisciplinar, com responsabilização sobre um território onde vivem e trabalham em torno de 4500 pessoas ou aproximadamente 1000 famílias.

A definição de responsabilidade territorial e de adscrição de famílias, introduzida no PACS e ampliada no PSF, conferia ao programa uma característica especial na organização dos serviços: a potencializada para resgatar os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população.

A Equipe Saúde da Família assumia o desafio da atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, em que a ação intersetorial era considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada. Ao PSF foi então atribuída a função de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde, mas propondo-se uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso. O PSF deveria promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema. Daí seu potencial estruturante sobre o modelo, justificando a decisão do Ministério da Saúde, nos anos seguintes, de considerá-lo como a principal estratégia de qualificação da atenção básica e reformulação do modelo assistencial.

O PSF não encontrou, no início de sua implantação, um cenário favorável ao seu fortalecimento. O processo de formulação não estava totalmente concluído

e as condições necessárias para sua sustentabilidade não foram definidas de modo suficiente no âmbito institucional. Não houve, concomitantemente ao início de sua implantação, definições concretas no campo do financiamento e da política de recursos humanos, pilares fundamentais para o seu desenvolvimento. Além dessas restrições, havia a própria resistência à implantação de uma proposta que confrontasse as formas tradicionais de organização dos serviços.

Em 1995, o PACS e o PSF passaram a ser considerados, pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, projetos prioritários do governo federal. A atuação do ministro Adib Jatene contribuiu muito para firmar essa decisão. A gestão do programa foi inserida no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), onde se iniciaram a definição e a construção das condições necessárias à sua sustentabilidade no âmbito do Sistema Único de Saúde. Pelo sistema de financiamento até então vigente, o município não tinha autonomia para gerir os recursos destinados à atenção básica, e o dinheiro que recebia da União era maior ou menor conforme a produção nas unidades de saúde, mediante um teto estipulado, que geralmente não retratava as reais necessidades de atenção da população. Os repasses para o PSF eram calculados de acordo com a quantidade de procedimentos ambulatoriais, de baixa e média complexidades, realizados no município. Por isso, as Equipes de Saúde da Família não eram estimuladas a se dedicar à prevenção de doenças e as ações estabelecidas de educação nas comunidades. Em muitos casos, nem havia tempo para isso: se o médico ou enfermeira deixassem de atender pacientes na unidade e passassem a fazer reuniões ou visitas domiciliares, o município receberia menos dinheiro da União. Na prática, continuava sendo priorizada a lógica da doença, e não a lógica da saúde. As contradições geradas pelo PSF fortaleceram o debate em torno das modalidades de financiamento, potencializando a formulação na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/96). Foi então criado o Piso de Atenção Básica (PAB), pelo qual todo município teria um valor específico repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, atribuído a cada um dos seus habitantes – um valor per capita – para viabilizar a atenção básica de saúde a toda a população.

O PAB apresentava também uma composição de recursos variáveis, sob a forma de incentivos para ações e projetos prioritários, com destaque para o PACS e o PSF.

A NOB/96 fortaleceu significativamente a atenção básica, ao definir responsabilidades dos gestores municipais nesse nível de complexidade do sistema e ao definir o antigo PSF como integrante de uma estratégia denominada ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), prioritária para a mudança do modelo assistencial. Com a implantação do PAB (fixo e dos incentivos) na gestão do ministro Carlos Albuquerque, a ESF passou a ter orçamento próprio, vindo a ser incluído no Plano Plurianual (PPA) do governo, em 1998. Essa medida certamente fortaleceu o movimento de adesão dos gestores municipais, expresso na curva de crescimento do programa a partir de 1998. A garantia de orçamento vinculado às metas de expansão foi a mais significativa expressão de priorização política dada a ESF.

A consolidação da ESF depende da existência de profissionais de saúde com conhecimentos, atitudes e habilidades adequadas ao novo modelo. Esse novo profissional não estava disponível no mercado de trabalho porque historicamente não foi objeto de formação das nossas universidades, que estavam voltadas para o abastecimento do mercado de especialistas. Para fazer frente a esse desafio, o Ministério da Saúde iniciou em 1997, com recursos do Projeto REFORSUS, a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a ESF. Os pólos representam o espaço de articulação de uma ou mais entidades voltadas para a formação e educação permanente dos profissionais de saúde. Essas entidades são vinculadas às Universidades ou instituições de ensino superior e se integram em secretarias estaduais e municipais de saúde, para implementar programas de capacitação destinados aos profissionais de Saúde da Família.

Ao assumir o Ministério da Saúde em março de 1998, o senador José Serra definiu a ESF como “a estratégia estruturante para a organização do sistema de saúde”. Para que o Sistema Único de Saúde funcionasse, ressaltou o ministro, “era necessária sua estruturação numa base municipal sólida, e o mecanismo para isso era a estratégia saúde da família organizando a atenção básica”.

A Secretaria de políticas foi reformulada, logo no início da gestão Serra, para se fortalecer institucionalmente, assumindo a missão de agregar os esforços das diversas áreas técnicas e de intervenção programática para fortalecimento da atenção básica. Foi criado o Departamento de Atenção Básica com a determinação de consolidar a Estratégia Saúde da Família.

Em 1999, de abril a maio, o Ministério da Saúde realizou uma Avaliação da Implantação e Funcionamento da Estratégia Saúde da Família. Naquela ocasião havia cerca de 5 mil equipes em funcionamento, sendo preciso estar atento ao processo de implantação, para que oportunamente fosse possível identificar e corrigir eventuais problemas que pudessem comprometer os resultados esperados. A avaliação feita no início de 1999 possibilitou a identificação das seguintes situações, que permitiram que o Ministro da Saúde tomasse decisões importantes:

#### SITUAÇÃO 1:

Tendência de pulverização na implantação das equipes saúde da família.

Muitos municípios se limitavam a implantar um número pequeno de equipes, o que era insuficiente para provocar a substituição das práticas tradicionais na rede básica e para criar impacto positivo nos indicadores de saúde.

#### ESTRATÉGIA DO MINISTÉRIO:

Mudança na lógica dos incentivos financeiros para implantação do PSF. Os valores, que antes eram fixos, passaram a ser classificados em nove faixas distintas. Quanto maior a cobertura populacional, maior o valor do incentivo.

#### SITUAÇÃO 2:

Insuficiência de equipamentos essenciais ao desempenho das equipes nas unidades básicas saúde da família, o que poderia comprometer a resolutividade da assistência. ESTRATÉGIA DO MINISTÉRIO: Introdução de um incentivo fixo, pontual, transferido fundo a fundo, no ato da implantação de novas equipes saúde da família. O recurso deve ser utilizado para aquisição dos materiais e equipamentos básicos necessários ao bom desempenho das equipes.

Ainda em 1999, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, o Ministério da Saúde realizou a pesquisa censitária “Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF. “Já em 2000 e 2001, por intermédio do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP/Unicamp, foi desenvolvida uma avaliação dos Pólos de Capacitação. Esses estudos produziram importantes informações que contribuíram no processo de tomada de decisões do Ministério da Saúde para o fortalecimento das ações de qualificação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Nesse sentido destacam-se as seguintes iniciativas:

1. Ampliação da oferta de cursos de especialização e residência em Saúde da Família.

2. Ampliação das instituições parceiras dos Pólos de Capacitação.

3. Elaboração, publicação e distribuição de materiais instrucionais para apoiar as capacitações de profissionais. Entre as publicações editadas, destacam-se os dois manuais para educação a distância, respectivamente, de médicos e enfermeiros de Equipes de Saúde da Família, produzidos mediante parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto para o Desenvolvimento Social (IDS), da Universidade São Paulo, com o apoio da Fundação Telefônica.

4. Distribuição em 2002 de kits de equipamentos para o treinamento a distância dos profissionais da ESF. Essa iniciativa fez parte do Projeto de Informação e Educação a Distância, realizada com recursos do Projeto REFORSUS. Cada kit era composto por equipamentos mobiliário (arquivo, cadeira e duas mesas), informática (computador e impressora) e audiovisual (TV e videocassete).

Ao mesmo tempo em que se investe nos profissionais que já estão no mercado de trabalho, é preciso induzir mudanças ainda na graduação, para que os profissionais recebam formação adequada ao novo perfil de trabalho exigido. Por esse motivo, na gestão do ministro Barjas Negri foi lançado em 2002, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed). Com esse programa, o Ministério da Saúde está apoiando financeiramente, iniciativas de escolas médicas que estejam reorientando a formação de seus alunos, com ênfase nas mudanças do modelo de atenção à saúde, em especial naqueles voltados para o fortalecimento da atenção básica.

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) foi concebido com o objetivo de impulsionar a reorganização da Atenção Básica no país e fortalecer a ESF em regiões que não conseguem atrair médicos e enfermeiros por intermédio das prefeituras.

A proposta de ampliação da Atenção Básica trazida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01) busca definir melhor as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver. São elas:

- \* ações de saúde da criança;
- \* ações de saúde da mulher;
- \* controle da tuberculose;
- \* eliminação da hanseníase;

- \* controle da hipertensão arterial;
- \* controle da diabetes melittus;
- \* ações de saúde bucal.

É necessário que cada município tenha serviços de atenção básica de qualidade e resolutivos, possibilitando a organização e otimização dos serviços de referência.

A implantação da NOAS possibilitará a construção das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, de acordo com os princípios do SUS. Esse é um passo fundamental para a consolidação da ESF, porque assegurará a resolutividade necessária na atenção básica e a continuidade da assistência quando as situações exigirem maior nível de complexidade assistencial.

Além dos recursos para aquisição de medicamentos básicos (incentivo à Farmácia Básica) que o Ministério da Saúde já transfere para estados e municípios, foi iniciado em março de 2001 o Programa Farmácia Popular, que todo ano agrega aos incentivos da ESF o valor de R\$ 1,51 (um real e cinquenta e um centavos) para cada habitante da comunidade acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Essa é uma ação voltada exclusivamente para as equipes da ESF. A cada trimestre o Ministério da Saúde envia para cada equipe, um kit com 32 itens de medicamentos necessários ao tratamento dos problemas de saúde mais frequentes na população acompanhada.

Em 2001 o Ministério da Saúde deu início a operacionalização da incorporação da odontologia na ESF, com a criação das Equipes de Saúde Bucal, no Programa PSF-Saúde Bucal. Nesse sentido definiu um incentivo financeiro anual de R\$ 13.000,00 (treze mil reais) por equipe para municípios que montassem as Equipes de Saúde Bucal (ESB), compostas por um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário; o valor subia para R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais) por equipe quando a ESB incluía um técnico de higiene dental. Também foi definido um incentivo adicional de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), que o município recebe com a implantação de cada ESB.

Na história do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em outubro de 1999 o então Presidente da República Sr. Fernando Henrique Cardoso assinou o decreto que reconheceu a função dos Agentes Comunitários de Saúde como de “relevante utilidade pública”. Outro passo importante para valorização dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde foi dado por ocasião da assinatura



pelo Sr. Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, da exposição de motivos para Projeto que mais tarde foi concretizado em Lei Federal criando a profissão de Agente Comunitário de Saúde. A Lei define as atividades inerentes aos Agentes Comunitários de Saúde, os requisitos para o exercício da profissão e as suas respectivas atribuições. Além da valorização da atividade, a regulamentação em Lei do trabalho do ACS é o mecanismo que assegurará uma uniformidade nacional de sua atuação. Tais aspectos são fundamentais para a consolidação das qualificações específicas dos ACS, entre as quais está o requisito relativo à sua residência, que deve ser na área da comunidade em que irá atuar. Essa regulamentação também irá contribuir para a definição de modalidades adequadas de contratação dos ACS, de forma que seus direitos sociais sejam garantidos e as características do perfil dos ACS sejam mantidas.

Outro avanço dentro da Estratégia Saúde da Família, na sua operacionalização foi a implementação nos estados e municípios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), instrumento que possibilita o acompanhamento e avaliação das ações e serviços realizados pelas Equipes de Saúde da Família. O SIAB apresenta dados e informações relacionadas ao cadastro das famílias e sua situação sócio-sanitária, à situação de saúde da população acompanhada em relação a programas prioritários e à produção de serviços da equipe. No nível municipal o gestor tem a possibilidade de avaliar os dados desagregados por microárea (área de atuação de um ACS), área (conjunto de microáreas sob a responsabilidade de uma Equipe Saúde da Família), segmento (conjunto de áreas contíguas), unidades de saúde (estabelecimentos de saúde ao qual se vinculam uma ou mais equipes do PACS e do PSF) ou avaliar os dados agregados do município. Para os gestores municipais e equipes da ESF, o SIAB significa a possibilidade de uso de informações confiáveis para programar ou reprogramar as ações locais. As informações sobre necessidades da comunidade, sobre a situação de saúde das famílias, sobre o cumprimento das metas estão disponíveis em tempo real, isso dá oportunidade aos gestores e profissionais da ESF, de tomar decisões em tempo oportuno e assim enfrentar melhor os problemas. Outra grande vantagem é que as pessoas e os domicílios estão identificados de forma completa, abrangente. Não são apenas números que alimentam as estatísticas. São pessoas que estão sendo acompanhadas de perto, com vínculo, com responsabilidade e compromisso.

É importante destacar que com a ampliação da ESF a nível nacional a base de dados tem crescido em volume, sendo necessário o aperfeiçoamento constante do sistema.

Ao lado do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), uma outra forma de analisar o desempenho dos municípios na execução das ações básicas em saúde é o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, implantado a partir de 1999, como resultado de discussão e pactuação de metas para modificar indicadores de saúde. O Pacto representa um compromisso mútuo entre os representantes dos três níveis de gestão do SUS - Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, e nele cada um se compromete a promover melhoria nas condições de saúde e vida da população. Em 2001 foram selecionados 17 indicadores para os municípios e 19 para os estados. A partir de 2002, os indicadores abrangem as sete áreas técnicas da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS (saúde da mulher, da criança, controle da tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão arterial e saúde bucal) e indicadores mais gerais (cobertura da ESF, vacinação de idosos, visita domiciliar por família/ano e outros).

Com a Estratégia Saúde da Família Implementada os resultados são promissores, nas áreas onde a ESF foi implementada notamos: diminuição do número de mortes de crianças por causas evitáveis, aumento da quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem informadas ao parto, melhoria na atenção aos idosos, melhoria nas coberturas vacinais, aumento do diagnóstico, do tratamento e do acompanhamento de portadores de diabetes e hipertensão, identificação precoce e tratamento dos casos de tuberculose e hanseníase.

Com o avanço da ESF nos últimos anos, verifica-se a necessidade de controlar a qualidade do serviço prestado e nesse sentido é necessário a agregação de esforços entre municípios, estados e Ministério da Saúde, para que a avaliação seja um processo constante e instrumentalizador para quem gerencia ou executa as ações da ESF.

Além do SIAB e do Pacto de Atenção Básica, em 2001 o Ministério da Saúde iniciou o monitoramento da implantação e funcionamento das equipes saúde da família. Em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, são realizadas visitas aos municípios e entrevistas com as equipes para verificação de importantes aspectos de implantação da ESF, como os seguintes:

- ***adequação aos princípios propostos;***
- ***situação física das unidades básicas saúde da família;***
- ***condições e rotinas de trabalho das equipes;***
- ***como se dá o acesso a serviços de saúde de maior complexidade;***
- ***composição das equipes.***

O objetivo desse trabalho é nortear os rumos da ESF, a partir da análise dos dados levantados, insistir nas experiências que estão dando certo e corrigir as distorções que podem comprometer os bons resultados.

O atual desafio da Estratégia Saúde da Família é atingir as grandes cidades, os grandes aglomerados urbanos. Esse desafio começa a ser enfrentado e começa a mostrar resultados. Muitas capitais e municípios de maior porte já puseram em operação seus planos de substituição da rede básica tradicional pela estratégia saúde da família e as primeiras experiências confirmam as previsões de que a implantação/expansão da ESF nas grandes cidades tem dimensões e características próprias. Nessas metrópoles, existe uma concentração de oferta de serviços e de profissionais, organizados de acordo com um modelo de atenção que já demonstrou a sua ineficiência. A rede de serviços se caracteriza por hospitais e ambulatórios gerais, localizados em áreas, na grande maioria dos casos, distantes das moradias de seus usuários. A prestação de serviços é pautada pelos recursos existentes, em detrimento das necessidades da população.

Para a implantação de um grande número de equipes da ESF e conseqüentemente ampliação de cobertura populacional nas grandes áreas urbanas, reorganizando a atenção básica, os incentivos financeiros serão de grande monta, sendo necessário uma busca de recursos em mecanismos financeiros internacionais para a viabilização de investimentos na construção de Unidades Básicas Saúde da Família (UBSF), capacitação, gestão, acompanhamento e avaliação da ESF. Somente com providências desse porte será possível vencer o desafio das grandes metrópoles, sendo essa uma condição para que a ESF se consolide como eixo orientador da organização/reorganização do sistema de saúde, configurando o modelo de atenção básica e gerando rearranjos na assistência de média e alta complexidade.

Acreditamos que para o Ministério da Saúde, na condição de gestor nacional do Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família representa no campo das políticas públicas sociais, um importante avanço em direção aos

princípios estabelecidos na Constituição Federal: amplo acesso aos serviços de saúde, atenção integral, adequada às necessidades individuais e coletivas, com qualidade e resolutividade, para todos os brasileiros.

#### **4.5 O Território e a Estratégia Saúde da Família ESF**

Segundo o Ministério da Saúde (2000) ao discutirmos a Estratégia Saúde da Família é necessário contextualizá-la no espaço em que o processo saúde/doença acontece, aproximando-se do conceito de MENDES de “território processo”, local de vida dinâmica e pulsante onde deve ser considerado a cultura, postura e credos, da comunidade que ali habita; seus espaços geográficos e fluxos de movimentação; os serviços e facilidades ali encontrados.

A compreensão deste território – processo vai permitir as equipes da ESF vislumbrar porque as pessoas adoecem e como elas reagem a estes processos; como elas se recuperam e como podem ser fortalecidas.

Dentro da ESF, quando se propõe estudar os problemas comuns e olhar a sua comunidade como de risco, a noção do território e de suas influências no modo de viver das pessoas é a base do planejamento das ações de vigilância em saúde. Janet Christie Seely no livro *Working With Family in Primary Care* diz que saúde é a capacidade dos indivíduos lidarem com o estresse e a doença quando esta capacidade é ultrapassada. Pensando no território como o local onde estes fatos ocorrem é fácil ter a noção de sua importância. As situações comunitárias em que as pessoas vivem e se relacionam interferem no modo de viver e adoecer; a própria epidemiologia nos seus aspectos clínicos e sociais interage de um modo estreito com o território-processo. Esse território nunca estará pronto, no sentido de terminado, estando em constante mutação e construção, exigindo das equipes da ESF uma abordagem ao longo do tempo, colada na vida da comunidade a que serve e buscando a identificação de microáreas de risco, mapeadas pela própria comunidade no seu processo de crescimento.

Esse conceito e compreensão de território, que não é apenas uma região geográfica permite o planejamento do trabalho, buscando o melhor resultado para uma dada comunidade, compreender que para transformar alguém é preciso ir lá onde eles moram, entender em que acreditam, como reagem e se relacionam, e a

partir deste ponto construir um novo fazer, partindo dessa realidade concreta. A força e o poder inovador da ESF está na sua inserção na comunidade, na sua capacidade de, conhecendo a realidade, e se comprometendo com ela, promover o desenvolvimento social e a melhoria dos indicadores de saúde.

#### **4.6 Saúde da Família (SF): uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**

Nas últimas décadas, a crise estrutural do setor público é vista pela fragilidade apresentada, tanto na eficiência como na eficácia da gestão das políticas sociais e econômicas, o que gera um hiato entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos associados aos mesmos (Ministério da Saúde, 2001). Como continuidade ao processo iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS), o qual foi seguido pelo movimento denominado Reforma Sanitária, amplamente debatido por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas repercussões culminaram na redação do artigo 196 da Constituição de 1988. A efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente ligado a superação dessa problemática. Com relação aos estados e municípios, o processo de descentralização foi deflagrado através dos convênios do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS), enquanto se realizavam os debates para aprovação da Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990.

Em vista da necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade dessas conquistas sociais, várias propostas de mudanças inspiradas pela Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS têm sido esboçadas ao longo do tempo, traduzidas, entre outras, nos projetos de criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais de saúde. Essas iniciativas, entretanto, apresentam avanços e retrocessos e seus resultados têm sido pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promover mudanças significativas no modelo assistencial. Nessa perspectiva, surgem situações contraditórias para estados e municípios, relacionadas à descontinuidade do processo de descentralização e ao desenho de um novo modelo.

Assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a ESF visa a reversão do modelo assistencial vigente, por isso sua compreensão só é possível através da mudança do projeto de atenção básica, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida, permitindo ainda uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar mais técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam.

Embora inicialmente como PROGRAMA, na forma do Programa Saúde da Família (PSF), por suas especificidades, foge a concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

Acerca desses aspectos, o Ministério da Saúde, reafirma positivamente os valores que fundamentam as ações da ESF, entendendo como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio de vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. Outro equívoco, que merece negativa, é a identificação da ESF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois a ESF é entendida como um modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade e reconhecido como uma prática que requer alta

complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

Um dos pontos mais fortes da ESF é a vigilância epidemiológica: a equipe vai às casas das pessoas, vê de perto a realidade de cada família, toma providências para evitar as doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe, dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde. Os pacientes notam grande diferença em relação ao tipo de medicina que antes recebiam.

As cidades implantam a ESF por insistência da comunidade (que vê bons resultados em municípios vizinhos), por necessidade de achar uma solução para os graves problemas de saúde locais, por influência de algum profissional de saúde da rede pública, por estímulo do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, mas qualquer que seja a razão determinante, no final de tudo o sucesso da implantação da ESF vai depender do Prefeito Municipal. É ele que toma a decisão. Na fase seguinte, o prefeito precisa ser determinado, perseverante, competente. Ele tem que estar consciente de que os bons resultados virão, com certeza, mas vão exigir paciência, tempo. Nas cidades onde funciona a Estratégia Saúde da Família (ESF), o comando geral das ações fica por conta do Secretário Municipal de Saúde e em muitos casos, foi o próprio secretário que deu os primeiros passos para a concretização da ESF. É no Secretário Municipal de Saúde que o Prefeito Municipal se apóia para que a ESF passe a fazer parte do Sistema Municipal de Saúde, dentro de uma nova lógica de integração ampla com a comunidade.

#### **4.7 Objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF)**

##### **GERAL**

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

##### **ESPECÍFICOS**

Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da

população adscrita.

Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta.

Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.

Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.

Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

#### **4.8 Diretrizes operacionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)**

Segundo o Ministério da Saúde (1994) as diretrizes a serem seguidas para a implantação do modelo Saúde da Família nas unidades básicas serão operacionalizadas de acordo com as realidades regionais, municipais e locais.

A Unidade Básica Saúde da Família é uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados. É a porta de entrada do sistema local ou municipal de saúde. Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde.



#### **4.8.a** Adscrição da clientela

A Unidade Básica Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Uma Unidade Básica Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam até 4.500 pessoas, aproximadamente de 600 à 1000 famílias. Esse critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local.

#### **4.8.b** Cadastramento

As Equipes Saúde da Família deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas nos domicílios, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição.

Nesse processo serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência.

A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. O cadastramento possibilitará que, além das demandas específicas do setor saúde, sejam identificadas outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.

#### **4.8.c** Instalação das Unidades Básicas Saúde da Família

As Unidades Básicas Saúde da Família deverão ser instaladas nos postos de saúde já existentes no município, ou em unidades que devem ser reformadas ou até mesmo construídas de acordo com a programação municipal, em áreas que não possuam nenhum equipamento de saúde. A área física deve ser adequada à nova dinâmica a ser implementada.

O número de profissionais de cada unidade deve ser definido de acordo com os seguintes princípios básicos: capacidade instalada da unidade, quantitativo populacional a ser assistido, enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença, integralidade da atenção e possibilidades locais.

#### **4.8.d** Composição das equipes

É recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde. Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificadas com uma proposta de trabalho que exige criatividade para trabalhos comunitários e em grupo.

Esses profissionais serão responsáveis por sua população adscrita, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade os ACS devem igualmente, residir nas suas respectivas áreas de atuação.

#### **4.8.e** Atribuições das Equipes de Saúde da Família

As atividades deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. Desse modo, as equipes de Saúde da Família devem estar

preparadas para:

- 1.conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis,com ênfase nas suas características sociais,demográficas e epidemiológicas;
- 2.identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- 3.elaborar com a participação da comunidade,um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- 4.prestar assistência integral,respondendo de forma contínua e racionalizada a demanda organizada ou espontânea,com ênfase nas ações de promoção da saúde;
- 5.resolver através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência,os principais problemas detectados;
- 6.desenvolver processos educativos para a saúde,voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- 7.promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

A base de atuação das equipes saúde da família são as Unidades Básicas Saúde da Família, onde devem estar incluídas as seguintes atividades:

- \* visita domiciliar com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. O acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde em microáreas, selecionadas no território de responsabilidade das UBSF, representa um componente facilitador para identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção;
- \* internação domiciliar que não substitui a internação hospitalar tradicional, mas deve ser usada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por isso, só deve ser realizada quando as condições clínicas e familiares do paciente a permitirem. A hospitalização deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da equipe;
- \* participação em grupos comunitários. A Equipe Saúde da Família deve estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

#### 4.8.f Atribuições do médico

O médico da ESF deve ser um generalista, devendo atender a todos os componentes das famílias, independentemente de sexo e idade. Esse profissional deverá comprometer-se com a pessoa, inserida em seu contexto biopsicossocial, e não com um conjunto de conhecimentos específicos ou grupos de doenças. Sua atuação não deve estar restrita a problemas de saúde rigorosamente definidos. Seu compromisso envolve ações que serão realizadas enquanto os indivíduos ainda estão saudáveis.

É importante ressaltar que o profissional médico deve procurar compreender a doença em seu contexto pessoal, familiar e social. A convivência contínua lhe propicia esse conhecimento e o aprofundamento do vínculo de responsabilidade para resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos.

Suas atribuições básicas são:

1. prestar assistência integral aos indivíduos sob sua responsabilidade;
2. valorizar a relação médico-paciente e médico-família como parte de um processo terapêutico e de confiança;
3. oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária;
4. empenhar-se em manter seus clientes saudáveis, quer venham as consultas ou não;
5. executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária em sua área de abrangência;
6. executar as ações de assistência nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso, realizando também atendimentos de primeiros cuidados nas urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, entre outros;
7. promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável;
8. discutir de forma permanente, junto à equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases legais que os legitimam;
9. participar do processo de programação e planejamento das ações e da

organização do processo de trabalho das Unidades Básicas Saúde da Família.

#### **4.8.g** Atribuições do enfermeiro

Este profissional desenvolve seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na unidade básica saúde da família, junto à equipe de profissionais, e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo as pessoas que necessitam do trabalho da enfermagem. Suas atribuições básicas seriam:

1. executar no nível de suas competências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso;
2. desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde;
3. oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária;
4. promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;
5. discutir de forma permanente, junto a equipe de trabalho e comunidade o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
6. participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades básicas de saúde da família.

#### **4.8.h** Atribuições do Auxiliar de Enfermagem

As ações do auxiliar de enfermagem são desenvolvidas nos espaços da unidade de saúde e no domicílio/comunidade, e suas atribuições básicas seriam:

1. desenvolver com os ACS atividades de identificação das famílias de risco;
2. contribuir, quando solicitado, com o trabalho dos ACS no que se refere às visitas domiciliares;
3. acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos as situações

de risco, visando garantir uma melhor monitoria de suas condições de saúde;

4. executar, segundo sua qualificação profissional, os procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, bem como no controle da tuberculose, hanseníase, doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas;
5. participar da discussão e organização do processo de trabalho da unidade de saúde.

#### **4.8.i Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)**

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desenvolve suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades. Suas atribuições básicas são:

1. realizar o mapeamento de sua microárea de atuação;
2. cadastrar e atualizar as famílias de sua área;
3. identificar indivíduos e famílias expostas a situações de risco;
4. realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
5. coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
6. desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;
7. promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhoria do meio ambiente;
8. incentivar a formação dos conselhos municipais de saúde;
9. orientar famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;
10. informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
11. participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao seu território de abrangência, com vistas a superação dos problemas identificados.

## **4.9 Reorganização das práticas de trabalho**

### **4.9.a Diagnóstico de saúde da comunidade**

Para planejar e organizar adequadamente as ações de saúde, a equipe deve realizar o cadastramento das famílias da área de abrangência e levantar indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos. Além das informações que compõem o cadastramento das famílias, deverão ser também utilizadas as diversas fontes de informação que possibilitem melhor identificação da área trabalhada, sobretudo as oficiais, como dados do IBGE, cartórios e secretaria municipal de saúde. Igualmente devem ser valorizadas fontes qualitativas e de informações da própria comunidade.

Para se fazer o diagnóstico adequado da comunidade, é necessário que os dados coletados sejam abrangentes, com informações referentes aos aspectos demográficos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, em especial o saneamento básico. As Equipes de Saúde da Família devem realizar o cadastramento de todas as famílias, por meio de visitas aos domicílios. Destaca-se, nesse trabalho, a participação do Agente Comunitário de Saúde. É durante as visitas que são observadas as atividades diárias da família, sua alimentação, seus hábitos de higiene, as condições de moradia, saneamento, do meio ambiente, e os possíveis fatores de risco à saúde presentes no local. O diagnóstico adequado depende também de informações sobre detalhes dos aspectos familiares, como a quantidade de membros da família, escolaridade, situação conjugal, a ocupação de cada um, além de informações sobre os riscos presentes ou riscos potenciais para os integrantes da família. Essa etapa é o primeiro passo para se criar o vínculo dos membros da Equipe Saúde de Família com a família. É aí que começa a ser desenvolvida uma relação, que será melhor quanto mais aberta e amável possível.

O cadastro das famílias é registrado nas Fichas "A" e digitado no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e ainda no Cadastro Nacional de Usuários do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), regulamentado pela Portaria MS/GM 017/2001. O cadastro Nacional de Usuários é o primeiro passo para a implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o território brasileiro. O Cartão

SUS é uma importante ferramenta para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando a gestão do sistema e contribuindo para o aumento da eficiência no atendimento direto ao usuário. A realização do cadastramento domiciliar de base nacional. Aliado à possibilidade de manutenção dessa base cadastral atualizada, pode permitir aos gestores do SUS a construção de políticas sociais integradas e intersetoriais (educação, trabalho, assistência social, tributos, etc.) nos diversos níveis de governo.

No campo de atendimento aos usuários do SUS e de organização do sistema de saúde, o cadastramento é condição para a implantação do Cartão Nacional de Saúde, contribuindo para o desenvolvimento de ações programáticas estratégicas, ações de vigilância epidemiológica, assistência ambulatorial e hospitalar, fortalecimento dos sistemas de referência e contra-referência, controle e avaliação, entre outros. O cadastramento tem outras vantagens. Representa um esforço de integração entre as informações para a organização da atenção básica e aquelas a ser utilizadas para a emissão de números de identificação necessários na implantação do Cartão Nacional de Saúde. Para a atenção básica, esse formato de cadastramento tem, como vantagens:

- Fortalecimento do vínculo entre indivíduos e Unidade Básica de Saúde, por meio da oferta organizada de serviços e do acompanhamento, pelos profissionais da rede básica, da trajetória dos indivíduos na rede de serviços.
- Possibilidade de trabalhar com enfoque na vigilância à saúde, por meio do diagnóstico das condições de saúde e do perfil epidemiológico da população adscrita da unidade básica, favorecendo a intervenção sobre os fatores determinantes de saúde e possibilitando o acompanhamento dos grupos de risco.
- Melhoria da qualidade do atendimento, pelo acesso a informações dos usuários.
- Potencialização das atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, por meio da localização espacial de casos e contatos domiciliares, dos faltosos aos programas, facilitando a realização de ações de busca ativa, vacinação de bloqueio, acompanhamento domiciliar, tratamento supervisionado, entre outras, de modo ágil e oportuno.
- Melhoria da qualidade dos sistemas de informações cujos dados são



gerados nas unidades básicas, pela individualização dos registros e delimitação da população. Possibilita, portanto, a produção de indicadores mais precisos, potencializando a capacidade de avaliação dos resultados da atenção básica.

#### **4.9.b** Estratégias para o cadastramento

O cadastramento dos usuários deve ser realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no próprio domicílio, por meio de entrevistas durante a visita à família. É fundamental que os dados provenientes do cadastramento tenham a melhor qualidade possível. É recomendado o cadastro a partir das visitas domiciliares, já que essa metodologia permite:

- Diminuir a ocorrência de erros e inconsistências;
- Conseguir a identificação correta do endereçamento, facilitando a distribuição dos cartões, quando de sua emissão;
- Definir as áreas de abrangência e a adscrição de clientela no mapeamento e territorialização do município, induzindo à organização das ações desenvolvidas pelas unidades de saúde;
- Vincular o indivíduo ao domicílio, favorecendo a realização de atividades de âmbito coletivo, como busca ativa de comunicantes de doença infecciosas, bloqueio vacinal, etc.
- Favorecer o diagnóstico das condições de vida da população residente, permitindo estabelecer correlações entre estas e os determinantes dos problemas de saúde identificados na população.

Os dados do cadastro nacional de usuários e domicílios serão utilizados pelo SIAB, sendo uma das fontes para o diagnóstico da situação de vida da comunidade.

É importante elaborar um roteiro para as entrevistas com as famílias e a coleta de dados, o que torna mais preciso o diagnóstico a ser feito. As equipes de saúde certamente farão anotações importantes, a partir da observação direta da realidade da família. Esses dados poderão ajudar no diagnóstico, mas as informações indispensáveis são as que compõem o formulário do cadastro. São as seguintes:

1- Dados demográficos:

Endereço,

Idade,

Sexo.

2- Dados socioeconômicos:

3- Condições de trabalho, de ocupação, de estudo de cada integrante da família.

4- Condições de moradia, tipo de habitação, número de cômodos, energia elétrica, saneamento básico, abastecimento, tratamento e armazenamento da água, destino dos dejetos e do lixo.

5- Escolaridade de cada membro da família.

6- Dados socioculturais:

7- Estrutura familiar (composições, situação conjugal, hierarquia).

As informações que compõem o cadastramento das famílias, devidamente consolidadas e organizadas, são indispensáveis para o trabalho de Saúde da Família. Para melhor identificação da área trabalhada, as equipes de saúde da família, devem utilizar outras fontes de informação, a começar pelos dados do IBGE, de cartórios e Secretarias de Saúde. Devem também ser valorizadas fontes qualificadas da própria comunidade, como instituições locais e grupos sociais organizados. Essas informações também auxiliam a Equipe Saúde da Família na elaboração de um planejamento factível e adequado às reais necessidades da população local. Deve ser dada atenção aos fatores identificados como prováveis causadores de doenças nos indivíduos, dentro do contexto familiar ou ambiental, e como esses indivíduos reagem a esses fatores.

É muito importante identificar as microáreas de risco. São os locais que possuem fatores de risco ou barreiras geográficas, culturais (tudo aquilo que impede ou dificulta a chegada das equipes e o contato da comunidade com o serviço de saúde), ou ainda, áreas com indicadores de saúde muito ruins.

A identificação dessas pessoas ou famílias que precisam de atenção especial é fundamental para que sejam programadas ações específicas e atividades de acompanhamento permanente àquela comunidade. A necessidade de atenção especial pode ser causada por uma situação de desequilíbrio já existente na área, ou porque tal comunidade está sujeita a situações de maior risco de adoecer ou morrer.

#### **4.9.c** Planejamento e programação a nível local

Para planejar localmente, faz-se necessário considerar tanto quem planeja como para quê e para quem se planeja. Em primeiro lugar, é preciso conhecer as necessidades da população, identificadas a partir do diagnóstico realizado e do permanente acompanhamento das famílias adscritas. O pressuposto básico da ESF é de quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual se planeja. Além disso, o processo de planejamento deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Essa forma de planejamento contrapõe-se ao planejamento centralizado, habitual na administração clássica, em vista de características tais como abertura à democratização, concentração em problemas específicos, dinamismo e aproximação dos seus objetivos à vida das pessoas.

#### **4.9.d** Complementariedade

A Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) deve ser a porta de entrada do sistema local de saúde. A mudança no modelo tradicional exige a integração entre os vários níveis de atenção e, nesse sentido, já que apresenta um poder indutor no reordenamento desses níveis, articulando-os através de serviços existentes no município, a ESF é um dos componentes de uma política de complementariedade, não devendo isolar-se do sistema local.

Como uma estratégia estruturante, a ESF deve provocar uma transformação interna ao próprio sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica na colaboração entre as áreas de promoção e assistência à saúde, rompendo com a dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual.

#### **4.9.e** Abordagem multiprofissional

O atendimento na ESF deve ser sempre realizado por uma equipe multiprofissional. A constituição da equipe deve ser planejada levando-se em consideração alguns princípios:

- o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- a integralidade da atenção;
- a ênfase na prevenção, sem descuidar do atendimento curativo;
- o atendimento nas clínicas básicas de pediatria, ginecologia/obstetrícia, clínica médica e clínica cirúrgica (pequenas cirurgias ambulatoriais);
- a parceria com a comunidade;
- as possibilidades locais.

#### **4.9.f** Referência e contra-referência

Em conformidade com o princípio da integralidade, o atendimento na ESF deve, em situações específicas, indicar o encaminhamento do paciente para níveis de maior complexidade. Esses encaminhamentos não constituem uma exceção, mas sim, uma continuidade previsível e que deve ter critérios bem conhecidos tanto pelos componentes das equipes de saúde da família, como pelas demais equipes das outras áreas do sistema local de saúde.

Compete ao sistema municipal de saúde definir, no âmbito municipal ou regional, os serviços disponíveis para a realização de consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e internações hospitalares. A responsabilidade pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias deve ser mantida em todo o processo de referência e contra-referência.

#### **4.9.g** Educação continuada

Para que produza resultados satisfatórios, a Equipe de Saúde da Família necessita de um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz, de modo

a poder atender as necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população, característica que fundamenta todo o trabalho da ESF.

Da mesma forma que o planejamento local das ações de saúde responde ao princípio de participação ampliada, o planejamento das ações educativas deve estar adequado às peculiaridades locais e regionais, à utilização dos recursos técnicos disponíveis e a busca da integração com as universidades e instituições de ensino e de capacitação de recursos humanos.

A formação em serviço deve ser priorizada, uma vez que permite melhor adequação entre os requisitos da formação e as necessidades de saúde da população atendida. A educação permanente deve iniciar-se desde o treinamento introdutório da equipe, e atuar através de todos os meios pedagógicos e de comunicação disponíveis, de acordo com as realidades de cada contexto, ressalta-se que a educação à distância deve também ser incluída entre essas alternativas.

#### **4.9.h Estímulo à ação intersetorial**

A busca de uma ação mais integradora dos vários setores da administração pública pode ser um elemento importante no trabalho das Equipes Saúde da Família. Como consequência de sua análise ampliada do processo saúde/doença, os profissionais da ESF deverão atuar como catalisadores de várias políticas setoriais, buscando uma ação sinérgica. Saneamento, educação, habitação, segurança e meio ambiente são algumas das áreas que devem estar integradas às ações da ESF, sempre que possíveis.

A parceria e a ação tecnicamente integrada com os diversos órgãos do poder público que atuam no âmbito das políticas sociais são objetivos perseguidos. A questão social não será resolvida apenas pelo esforço setorial isolado da saúde, tampouco se interfere na própria situação sanitária sem que haja a interligação com os vários responsáveis pelas políticas sociais.

#### 4.9.i Acompanhamento e avaliação

A avaliação, assim como todas as etapas da ESF, deve considerar a realidade e as necessidades locais, a participação popular e o caráter dinâmico e perfectível da proposta, que traz elementos importantes para a definição de programas de educação continuada, aprimoramento gerencial e aplicação de recursos, entre outros. O resultado das avaliações não deve ser considerado como um dado exclusivamente técnico, mas sim como uma informação de interesse de todos (gestores, profissionais e população). Por isso devem ser desenvolvidas formas de ampliação da divulgação e discussão dos dados obtidos no processo de avaliação. É importante ressaltar que os instrumentos utilizados para a avaliação devem ser capazes de aferir:

- alterações efetivas do modelo assistencial;
- satisfação do usuário;
- satisfação dos profissionais;
- qualidade do atendimento/desempenho da equipe;
- impacto nos indicadores de saúde.

Por sua vez, o acompanhamento do desenvolvimento e a avaliação dos resultados da atuação das Unidades Básicas Saúde da Família, podem ser realizados através de:

- sistema de informação – a organização de um sistema de informações deve permitir o monitoramento do desempenho das UBSF, no que se refere à resolubilidade das equipes, melhoria do perfil epidemiológico e eficiência das decisões gerenciais. Para tanto, deve contar com os seguintes instrumentos: cadastro familiar, cartão de identificação, prontuário familiar e ficha de registro de atendimentos.

- relatório de gestão – é um instrumento para o acompanhamento do processo e resultados da organização das ações e serviços das UBSF, em especial no tocante ao impacto nos indicadores de saúde, bem como nas ações referentes às demais áreas da gestão municipal.

- outros instrumentos – definidos por gestores municipais e/ou estaduais.

#### **4.9.j Controle social**

O controle social do sistema de saúde é um princípio e uma garantia constitucional regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde (Lei n 8.142/90). Assim, as ações desenvolvidas pela ESF devem seguir as diretrizes estabelecidas pela legislação no que se refere à participação popular. Muito mais do que apenas segui-las, a ESF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população. A Lei n. 8.142/90 definiu alguns fóruns próprios para o exercício do controle social – as conferências e os conselhos de saúde – a serem efetivadas nas três esferas de governo. Porém, a participação da população não se restringe apenas a esses. Através de outras instâncias formais (como as Câmaras de Vereadores e Associação de Moradores) e informais, os profissionais de saúde devem facilitar e estimular a população a exercer o seu direito de participar da definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor.

#### **4.10 Níveis de competência**

##### **4.10.a Nível nacional**

O gerenciamento e a organização da ESF compete ao Ministério da Saúde, com as seguintes atribuições:

- estabelecer normas e diretrizes que definam os princípios da ESF;
- definir mecanismos de alocação de recursos federais para implantação e manutenção das UBSF, segundo a lógica do financiamento do SUS;
- negociar com a Comissão Intergestores Tripartite os requisitos específicos e prerrogativas para implantação e ou implementação da ESF;
- acompanhar e avaliar a implantação e os resultados da ESF nos estados e municípios;
- assessorar os pólos de capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere a elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações;

- articular, com as universidades e instituições de ensino superior, a introdução de inovações curriculares nos cursos de graduação e especialização;
- incentivar a criação de uma rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção do conhecimento em Saúde da Família;
- promover articulações com outras instâncias da esfera federal, visando garantir a consolidação da ESF;
- identificar recursos técnico-científicos para o processo de controle e avaliação de resultados e de impacto das ações desenvolvidas pelas equipes da ESF;
- contribuir para o incremento da gestão plena da atenção básica nos municípios visando a reorientação do modelo assistencial;
- identificar e estruturar parcerias com organizações governamentais e não-governamentais.

#### **4.10.b** Nível estadual

Compete as Secretarias Estaduais de Saúde definir, em sua estrutura organizacional, qual setor terá a responsabilidade de articular a ESF, cabendo-lhe o papel de interlocutor com o Ministério da Saúde e municípios, bem como as seguintes atribuições:

- 1- participar, junto ao Ministério da Saúde, da definição das normas e diretrizes da ESF;
- 2- planejar, acompanhar e avaliar a implantação da ESF em seu nível de abrangência;
- 3- negociar com a Comissão Intergestores Bipartite os requisitos específicos e prerrogativas técnicas e financeiras para implantação e ou implementação da ESF;
- 4- integrar os pólos de capacitação, formação e educação permanente para a equipe da ESF no que se refere a elaboração, execução, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações; articular, com as universidades e



- instituições de ensino superior, a introdução de inovações curriculares nos cursos de graduação e/ou especialização;
- 5- participar da rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção do conhecimento em Saúde da Família;
  - 6- promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua área de abrangência;
  - 7- promover articulações com outras instâncias da esfera estadual, visando garantir a consolidação da estratégia de Saúde da Família;
  - 8- identificar recursos técnico-científicos para o processo de controle e avaliação de resultados e de impacto das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família;
  - 9- contribuir para o incremento da gestão plena da atenção básica nos municípios, visando a reorientação do modelo assistencial;
  - 10- identificar e estruturar parcerias com organizações governamentais e não governamentais;
  - 11- prestar assessoria técnica aos municípios para a implantação e desenvolvimento da ESF.

#### **4.10.c Nível municipal**

Como espaço de execução da ESF, esse nível define a melhor adequação dos meios e condições operacionais, cabendo-lhe as seguintes competências:

1. elaborar o projeto de implantação da ESF;
2. eleger áreas prioritárias para a implantação do projeto;
3. submeter o projeto à aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
4. encaminhar o projeto para parecer da Secretaria de Estado da Saúde e Comissão Intergestores Bipartite;
5. selecionar e contratar os profissionais que comporão a ESF;
6. promover com o apoio da SESA a capacitação das equipes Saúde da Família;
7. implantar o sistema de informações e avaliação da ESF;
8. acompanhar e avaliar sistematicamente o desempenho das UBSF;
9. inserir o financiamento das ações das UBSF na programação ambulatorial

- do município, definindo a contrapartida municipal;
10. garantir a infra-estrutura/funcionamento da rede básica necessária ao pleno desenvolvimento das ações da ESF;
  11. definir os serviços responsáveis pela referência e contra-referência das UBSF.

#### **4.11 Implantação da Estratégia Saúde da Família**

Segundo o Ministério da Saúde (1999) a implantação da ESF é operacionalizada no município com a co-participação do nível estadual. O processo possui várias etapas, não necessariamente seqüenciais, ou seja, pode ser realizadas de forma simultânea, de acordo com as diferentes realidades dos sistemas municipais de saúde. Para melhor compreensão dos vários passos que envolvem a implantação da ESF nos municípios, estas etapas serão descritas separadamente, a seguir:

##### **4.11.a Sensibilização e divulgação**

Considerada como a primeira etapa de discussão dos princípios e diretrizes da ESF e suas bases operacionais, visa disseminar as idéias centrais da proposta. É fundamental que os gestores, profissionais de saúde e a população possam compreender que a ESF é uma proposta com grande potencial para transformar a forma de prestação da assistência básica, de acordo com as diretrizes operacionais e os aspectos de reorganização das práticas de trabalho, já amplamente abordadas neste trabalho.

O trabalho de sensibilização e divulgação envolve desde a clareza da definição do público a ser atingido até a mensagem a ser veiculada. Para tanto, podem ser programadas sessões de abrangência regional/estadual/local, com o objetivo de constituir as alianças e as articulações necessárias ao pleno desenvolvimento da ESF.

Nesse sentido, alguns aspectos devem ser salientados:

1. ênfase na missão da ESF enquanto proposta de reorganização do modelo

assistencial;

2. utilização de diferentes canais de comunicação, informação e mobilização;
3. utilização dos meios de comunicação de massa, como TV, rádio, etc.;
4. envolvimento das instituições formadoras de recursos humanos para o SUS;
5. ênfase na comunicação, informação e sensibilização junto aos profissionais de saúde.

#### **4.11.b Adesão**

##### **A) MUNICÍPIO**

Estar habilitado em alguma condição de gestão, sendo critério básico para a implantação da ESF. O município que decide optar pela ESF enquanto estratégia de reorganização do seu modelo de atenção básica, deve elaborar projeto para implantação das equipes nas UBSF, sempre observando os elementos fundamentais do modelo Saúde da Família.

Este projeto deve ser posteriormente submetido a apreciação do Conselho Municipal de Saúde, sendo aprovado, deve ser encaminhado pelo gestor municipal à SESA, que irá analisá-lo e submetê-lo a apreciação e aprovação da Comissão Intergestora Bipartite. Considerado apto nesse nível, será realizado o cadastramento das UBSF, segundo regulamento da Norma Operacional de Ass. Em Saúde (NOAS).

##### **B) ESTADO**

A Secretaria de Estado da Saúde submete sua proposta de adoção da ESF à apreciação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite. Para viabilização da proposta, devem ser pactuados as estratégias de apoio técnico aos municípios, bem como a inclusão de seu financiamento na programação dos tetos financeiros dos estados e municípios. Cabe a instância de gestão estadual assumir, através de assessorias às atividades de planejamento, acompanhamento e avaliação das Unidades Saúde da Família, a co-responsabilidade pela implantação da ESF, bem como o processo de capacitação e educação continuada dos profissionais envolvidos.

#### **4.11.c** Recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos

A partir da definição da composição de suas equipes, o município deve planejar e executar o processo de recrutamento e seleção dos profissionais, contando com a assessoria da SESA e ou instituição de formação de recursos humanos. Como todo processo seletivo, deve ser dada atenção a identificação do perfil do profissional não apenas em termos de exigências legais,mas de proximidade com o campo de atuação específico da ESF. Os critérios para identificação dessas habilidades devem ser justos e apresentar aos candidatos boa comunicabilidade e compreensibilidade.

Existem várias formas de seleção que podem ser utilizadas, isoladamente ou associadas entre elas:

- 1- prova escrita ou de múltipla escolha,contemplando o aspecto de ass.integral à família;
- 2- prova prática de atendimento integral à saúde familiar e comunitária;
- 3- prova teórico-prática de descrição do atendimento a uma situação simulada;
- 4- entrevistas,com caráter classificatório,visando a seleção de profissionais com perfil adequado;
- 5- análise de currículo,sobretudo referente às atividades afins às propostas contidas na ESF e ainda,com o intuito de avaliar a experiência e o perfil adequados para o exercício da função.

Especial atenção deve ser dada à composição das bancas que devem estar afinadas com os princípios éticos da função de selecionar profissionais e os objetivos que norteiam a ESF.

A análise de cada situação local definirá o melhor critério de seleção, que seja ao mesmo tempo viável e satisfatório. A remuneração dos profissionais deve ser objeto de uma política diferenciada e adaptada às características locais de modo a garantir a dedicação e disponibilidade necessárias ao bom desempenho de suas tarefas. Cada município decidirá sobre a modalidade de contratação de seus profissionais.

#### **4.11.d** Capacitação das equipes

Por exigir uma nova prática em saúde, recomenda-se que toda equipe da

Estratégia Saúde da Família, antes de iniciar as atividades em sua área de atuação, inicie um processo específico de capacitação. A primeira capacitação é o treinamento introdutório, que deve anteceder ao início do trabalho dos profissionais selecionados. Esse treinamento introdutório capacita os profissionais para que possam analisar, com a comunidade, a situação de sua área de abrangência: os aspectos demográficos, sociais, econômicos, ambientais e sanitários (morbidade/mortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e o potencial que a cidade tem para resolvê-los. Esse treinamento ajuda os profissionais a compreenderem e aprenderem os indicadores de saúde, em especial os pactuados para a Atenção Básica e produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas.

O treinamento introdutório deve ser o mais descentralizado possível, de preferência, no próprio município ou na regional a que pertence. A responsabilidade pela capacitação das equipes é compartilhada entre os integrantes do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente, que pode fazê-la diretamente ou em articulação com o setor de Recursos Humanos do município ou da Secretaria Estadual de Saúde. No treinamento, os membros da equipe da ESF devem ser informados sobre as características da integração do município no SUS, seu tipo de gestão frente as normas vigentes no funcionamento do SUS. Devem saber, também, os princípios operacionais da Estratégia Saúde da Família, tais como:

- a definição territorial/adscrição da clientela;
- a organização do processo de trabalho para resolução dos problemas identificados no território;
- a noção da família como foco da assistência;
- o trabalho em equipe interdisciplinar;
- os vínculos de co-responsabilidade entre profissionais e as famílias assistidas;
- a noção de que as ações devem se caracterizar pela integralidade (atendimento a todos, sem distinção), resolutividade (capacidade de dar solução aos problemas de saúde da comunidade) e intersetorialidade (colaboração entre os diferentes setores);
- a importância do estímulo à participação social.

Esse é um trabalho complexo, que exige dos profissionais conhecimentos específicos da sua profissão (método clínico e fundamento de enfermagem), além

de conhecimento do método epidemiológico. Exige, igualmente, bom senso para trabalhar as relações interpessoais, ou seja, capacidade para lidar com as várias dimensões do ser humano.

Os profissionais de saúde, no dia a dia de seu trabalho, mantêm contato direto com a população, vêem de perto a realidade social, econômica e cultural das comunidades inseridas na ESF, portanto, a metodologia a ser usada para ajudar na compreensão desses problemas deve ter como princípio essa experiência, estimulando a reflexão de meios para a construção das práticas profissionais, buscando novas soluções para as dificuldades encontradas.

Cursos com momentos de concentração e dispersão são sugeridos às equipes de Atenção Básica, uma vez que propiciam momentos de reflexão com foco na realidade vivida pelos profissionais. Recomenda-se que a educação permanente envolva todos os componentes da Equipes da Saúde da Família, o que ajuda a fortalecer o trabalho em equipe e as relações entre as pessoas.

Os conteúdos específicos de cada categoria profissional devem ser abordados em separado. O conteúdo poderá ser orientado por módulos e para cada módulo é sugerido a utilização de técnicas complementares de ensino que poderão ser utilizadas pelo instrutor, tais como: exposição oral, dramatização, estudo de caso, trabalho em grupo, colagens, discussões coletivas, atividades práticas, exibição e discussão de vídeos.

Após o treinamento introdutório, as equipes devem ser inseridas em um processo de educação permanente, para possibilitar o desenvolvimento constante de suas competências como equipe generalista. As equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para:

- atuar nas áreas já definidas como estratégicas: controle da tuberculose, da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, eliminação da hanseníase, ações de saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal;
- prestar atenção integral e continuada a todos os membros da família da população adscrita à UBSF (Unidade Básica Saúde da Família), em cada uma das fases de seu ciclo de vida;
- ter consciência do compromisso de dar atenção integral também aos indivíduos saudáveis da comunidade;
- participar do processo de planejamento das ações de saúde em sua área de abrangência, tendo por base o conhecimento da realidade social, econômica,

cultural e o perfil epidemiológico da população, com enfoque estratégico;

- ter capacidade de agir em sintonia com os demais integrantes da equipe, individualmente e em grupo, compreendendo o significado do trabalho em equipe, o seu papel e o sentido da complementaridade das ações no trabalho em saúde.

#### **4.11.e Financiamento**

O financiamento da Estratégia Saúde da Família está definido na NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde), entendendo-se a Estratégia Saúde da Família como uma proposta substitutiva das práticas tradicionais das Unidades Básicas de Saúde, sendo importante que esta lógica também se incorpore no campo do financiamento, ou seja, não podemos conceber a ESF como dependente de recursos paralelos, mas sim, como uma prática que racionaliza a utilização dos recursos existentes, com capacidade de potencialização dos resultados.

A operacionalização da Estratégia Saúde da Família deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. A humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de co-responsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a população tornam a Estratégia Saúde da Família uma estratégia transformadora do atual modelo assistencial.

#### **4.12 Instalação da Estratégia Saúde da Família**

O primeiro passo, a nível de decisão política, é a opção pela ESF na implementação da Atenção Básica ou Primária em saúde. Cabe ao Prefeito Municipal e ao Secretário Municipal de Saúde a solicitação junto à Secretaria de Estado da Saúde e ao Ministério da Saúde o pleito da ESF, mediante ofício formal, após aprovação em ATA pelo Conselho Municipal de Saúde. Esse pedido é encaminhado à SESA (Secretaria de Estado da Saúde) que coloca em discussão na Comissão Intergestora Bipartite, que após aprovação segue ao Ministério da Saúde (MS), sendo colocado em votação na Comissão Intergestora Tripartite,

homologado e publicado pelo Ministro da Saúde no Diário Oficial da União.

A partir desse momento, o município passa a receber os recursos de incentivo para implementação da ESF, de acordo com sua opção, PACS, PSF e PSF-Saúde Bucal.

O passo seguinte é a contratação de um COORDENADOR, que deve ser um profissional com conhecimentos sólidos da ESF, pois caberá ao mesmo, o mapeamento do município em Seguintos, Áreas e Microáreas, definição da cobertura, seleção das equipes, agentes comunitários de saúde e demais profissionais que irão compor a ESF.

Como os profissionais são oriundos de Universidades diferentes e, nem sempre, com visão correta de suas atribuições na ESF, torna-se preponderante uma capacitação (treinamento) sobre o funcionamento dos programas PACS, PSF e PSF-Saúde Bucal.

A partir desse momento, feita a estruturação e implementação da ESF, nos moldes do que preconiza o Ministério da Saúde, adaptados a realidade de cada município, cabe ao coordenador o papel fiscalizatório sobre o trabalho de todo o recurso humano envolvido na ESF.

#### **4.13 Prioridades da Estratégia Saúde da Família**

A proposta de ampliação da Atenção Básica trazida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01) busca definir melhor as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver. São elas:

- ações de saúde da criança;
- ações de saúde da mulher;
- controle da tuberculose;
- eliminação da hanseníase;
- controle da hipertensão arterial;
- controle da diabetes melittus;
- ações de saúde bucal.

É necessário que cada município tenha serviços de atenção básica de



qualidade e resolutivos, possibilitando a organização e otimização dos serviços de referência.

A implantação da NOAS possibilitará a construção das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, de acordo com os princípios do SUS. Esse é um passo fundamental para a consolidação da ESF, porque assegurará a resolutividade necessária na atenção básica e a continuidade da assistência quando as situações exigirem maior nível de complexidade assistencial.

#### **4.14 Pactos pela Saúde – 2006**

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Esse pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes.

É o resultado de um intenso trabalho de discussão de cerca de dois anos, envolvendo os técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e foi aprovado na reunião da Comissão Intergestora Tripartite de 26 de janeiro de 2006 e na reunião de 9 de fevereiro de 2006, pelo Conselho Estadual de Saúde. A partir desse ano, 2006, a implantação do Pacto depende da adesão dos muitos atores que, em cada parte deste nosso imenso e diverso País, constroem o cotidiano da Saúde Pública brasileira.

#### **4.15 Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)**

A garantia da qualidade da atenção apresenta-se atualmente como um dos desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS) considerando a necessidade dessa ser compreendida à luz dos princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Nos últimos 10 anos a Atenção Básica, no Brasil, tem alcançado intensa transformação a partir da definição da estratégia Saúde da Família na reestruturação das suas práticas, buscando uma efetiva mudança de modelo. Tal iniciativa objetivou também ampliar o acesso e a cobertura dos serviços básicos de saúde e organizar a demanda aos demais níveis de atenção, alcançando grupos sociais até então excluídos de um cuidado integral em saúde.

Durante este período o investimento na expansão da rede e dos recursos humanos vinculados ao primeiro nível de atenção do sistema, conduziu a um crescimento contínuo do acesso da população às ações e serviços de saúde.

Contudo, mantêm-se premente o desafio de aprimorar o desenvolvimento organizacional intensificando os esforços destinados à melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde com o propósito de consolidar a estratégia como o eixo estruturante de reorganização da atenção básica com repercussões na reordenação do sistema de saúde como um todo.

A proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família representa o compromisso institucional de contribuir para a consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito da Atenção Básica. Neste sentido, a utilização da avaliação da qualidade constitui-se ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado a saúde dos indivíduos, da família e da comunidade.

#### **4.16 Metodologias de avaliação da qualidade em saúde**

Existem diferentes alternativas para avaliar a qualidade das ações, serviços e práticas de saúde com o objetivo de desenvolver processos de melhoria da qualidade. Elas variam segundo os propósitos de promoção da qualidade a que se destinam, o objeto da melhoria da qualidade ou os mecanismos utilizados.

A perspectiva poderá ser de natureza externa ou interna, dependendo do agente que solicita, conduz ou torna válida a avaliação. Dentre aqueles de natureza externa tem-se a Acreditação, a Certificação e o Licenciamento, em que agentes externos formulam o resultado final, seja ele uma pontuação, um certificado ou uma licença. A Avaliação para Melhoria da Qualidade baseia-se na perspectiva interna de avaliação, considerada mais adequada para a estratégia Saúde da Família por ser conduzida, em todas as suas etapas, pelos próprios atores envolvidos.

**Avaliação externa:**

**Acreditação:** É um processo de avaliação e medição da qualidade formal do trabalho desenvolvido por uma organização de saúde, que utiliza padrões definidos por uma Comissão de Acreditação (geralmente uma organização não governamental) alheia à instituição a ser credenciada. A Comissão reconhece como de excelência um serviço ou organização de saúde que, tendo desenvolvido um processo de melhoria da qualidade, supera os padrões pré-estabelecidos para medição. O processo de acreditação é voluntário (solicitado pela organização a ser acreditada), periódico e sistemático, e tem aplicação em contexto nacional, regional ou local.

**Certificação:** Processo através do qual uma instância organizacional (governamental ou não), avalia e reconhece uma pessoa ou organização, que cumpre requisitos ou critérios pré-estabelecidos (exemplo: ISO-9000).

**Licenciamento:** Processo através do qual uma autoridade governamental outorga permissão a um profissional de saúde individual ou a uma organização de saúde para prestar serviços de saúde. Sustenta-se no cumprimento de certos requisitos mínimos para a oferta de serviços. A licença tem um período de vigência que requer renovação contínua, segundo a International Organization for Standardization (ISSO).

**Avaliação interna:**

**Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ):** processos orientados à promoção da qualidade na atenção à saúde de maneira sistemática e contínua, destinados a atingir níveis de qualidade orientados pelo modelo de atenção em sintonia com as demandas sociais e os avanços científico e tecnológico em saúde.

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família utiliza a perspectiva interna de avaliação, articulando elementos da avaliação

normativa e da melhoria contínua da qualidade (MCQ), apresentando-se como uma metodologia de gestão interna dos serviços. A partir de critérios e padrões pré-estabelecidos, busca impulsionar processos de melhoria da qualidade, oferecendo ao gestor um instrumento de trabalho facilitador para alcançar os propósitos da estratégia.

#### **4.17 Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)**

A adesão dos municípios à Estratégia Saúde da Família variou conforme o porte, tendo os municípios menores conseguido operacionalizar sua implantação mais precocemente e com maior facilidade que os municípios de grande porte. Este fato está relacionado a múltiplas variáveis, tais como: complexidade sócio-sanitária, existência de modelos de atenção em saúde já estabelecidos e aspectos da organização urbana (edifícios, condomínios, áreas de invasão), perfil e formação dos profissionais, dentre outros.

Buscando superar as diversas limitações relacionadas à expansão da estratégia nas grandes cidades e centros urbanos, foi desenvolvido um projeto cujos objetivos principais são incentivar e ampliar o número de equipes, formar profissionais para o trabalho na estratégia e fortalecer os processos de monitoramento e avaliação nessas localidades.

O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial -BIRD, voltada para o fortalecimento da atenção básica no país.

O Projeto está estruturado em três componentes de atuação:

- I. Apoio à conversão e expansão da estratégia Saúde da Família – dirigido aos municípios acima de 100.000 habitantes.
- II. Desenvolvimento de recursos humanos da estratégia Saúde da Família – dirigido a estados e municípios, independente do porte.
- III. Monitoramento e avaliação – dirigido a estados e municípios, independente do porte.

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família integra o componente III do PROESF, juntamente com os Estudos de Linha de Base e os Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica,

dentre outras ações.

## **5 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS**

### **5.1 Tipo de estudo, natureza e abordagem**

O tipo de pesquisa desenvolvida foi exploratória, utilizando-se da abordagem quantitativa, com dados secundários, baseados na identificação e análise, por estudo ecológico, de indicadores da atenção básica em saúde, pactuados e obtidos pelos municípios estudados, e ainda, com dados primários, avaliando as condições de trabalho e o grau de adesão das equipes Saúde da Família, às premissas do trabalho com a atenção básica em saúde.

Os estudos ecológicos, segundo Medronho (2002), são estudos na qual a unidade de análise é uma população ou um grupo de pessoas, que geralmente pertence a uma área geográfica definida, como uma cidade ou município.

### **5.2 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas Saúde da Família e nas dependências das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, Brasil.

### **5.3 População de estudo**

A população alvo foi composta por 100% da população adscrita (16.000 habitantes em Rio Novo do Sul e 28.000 habitantes em Vargem Alta e ainda todos os membros das equipes de saúde da família dos municípios estudados (5 equipes em Rio Novo do Sul e 7 equipes em Vargem Alta).

#### 5.4 Instrumentos de coleta de dados

Os dados de indicadores da atenção básica foram coletados de forma secundária, utilizando-se do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e dados do Sistema de Informações de Pactuação (SISPACTO), analisados por estudo ecológico. Os dados primários foram obtidos por questionários estruturados e fechados, com questionamentos que possibilitaram a análise das condições de trabalho e o grau de adesão das equipes ao modelo do Ministério da Saúde para a atenção básica em saúde, que foram aplicados por dois acadêmicos do sétimo período do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo-ES, devidamente treinados pelo pesquisador. Foram entrevistados médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem de todas as equipes de saúde da família. Os aspectos referentes às condições de trabalho ou à estrutura para o funcionamento das equipes Saúde da Família, incluem o número de profissionais e pessoal de saúde das Unidades Básicas Saúde da Família, ambiente físico e equipamentos disponíveis, entendida como de responsabilidade do gestor local.

Os aspectos referentes à adesão das equipes Saúde da Família às premissas do Ministério da Saúde com relação à atenção básica em saúde, foram analisados pela existência e utilização de manuais de procedimentos, guias de conduta, aspectos de processo e de resultado relacionados aos campos de atuação, objetivos e diretrizes estabelecidos.

Utilizamos como protocolo na pesquisa os instrumentos números 3 (Unidade Saúde da Família) por ser capaz de identificar as condições de trabalho das equipes e 4 (Consolidação do Modelo de Atuação) por ser eficaz na identificação da adesão das equipes às premissas do Ministério da Saúde na Atenção Básica em Saúde, que fazem parte da “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” do Ministério da Saúde (2006), já validado pelo Ministério da Saúde (2006) e de uso nacional.

Cada instrumento representa uma dimensão de análise, totalizando duas possibilidades. Em sua estrutura interna, de acordo com a temática abordada, cada instrumento está organizado em perguntas agrupadas em subdimensões, abrangendo determinado grupo de padrões correspondentes.

**INSTRUMENTOS:**

QUESTIONÁRIO Nº 03 AMQ (Unidade Saúde da Família)

Subdimensões:

- I. Infra-estrutura e Equipamentos (perguntas 1 – 24)
- II. Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos (perguntas 25 – 40)

QUESTIONÁRIO Nº 04 AMQ (Consolidação do modelo de Atenção)

Subdimensões:

- I. Organização do Trabalho em Saúde da Família (perguntas 1 – 21)
- II. Acolhimento, Humanização e Responsabilização (perguntas 22 – 33)
- III. Promoção da Saúde (perguntas 34 – 54)
- IV. Participação Comunitária e Controle Social (perguntas 55 – 58)

## 5.5 Análise dos dados

A análise da efetividade das ações na atenção básica foi realizada comparando-se os indicadores de saúde obtidos pelo município com as metas pactuadas pela Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde e o desempenho das equipes foi avaliado pelas respostas ao questionário empregado. Os dados foram tabulados, consolidados, mediante estudo eológico e os resultados expressos na forma de quadros demonstrativos.

A qualidade, segundo o AMQ (2006) é abordada de modo processual, tendo início com as condições de estrutura e infra-estrutura, passando pelos processos de organização dos serviços e práticas e avançando até aquelas ações mais complexas, tanto nos processos do trabalho quanto no impacto sobre as condições de saúde da população assistida. No instrumento de coleta de dados qualitativos, o conceito de estágios de qualidade está associado a cada um dos padrões, os quais estão assim colocados:

**Padrões do Estágio E** – Qualidade Elementar (abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da ESF).

Questionário nº 03 - Perguntas 1 – 8; 25 – 28.

Questionário nº 04 – Perguntas 1 -4; 22,23, 34.

**Padrões do Estágio D** – Qualidade em Desenvolvimento (abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho).

Questionário nº 03 – Perguntas 9 e 10; 29 – 35.

Questionário nº 04 – Perguntas 5 -9; 24- 26; 35 – 39; 55.



**Padrões do Estágio C** – Qualidade Consolidada (abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e resultado das ações).

Questionário nº 03 – Perguntas 11 – 21;36 e 37.

Questionário nº 04 – Perguntas 10 -16; 27- 29; 40 – 47; 56.

**Padrões do Estágio B** – Qualidade Boa (abordam ações de maior complexidade no cuidados e resultados mais duradouros e sustentados).

Questionário nº 03 – Perguntas 22; 38 e 39.

Questionário nº 04 – Perguntas 17 – 19; 30, 31, 48 – 51; 57.

**Padrões do Estágio A** – Qualidade Avançada (colocam-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados).

Questionário nº03 – Perguntas 23, 24 e 40.

Questionário nº04 – Perguntas 20,21,32,33, 52 – 54; 58.

Os estágios não representam situações estanques, estacionárias de qualidade, mas que reflitam momentos de um processo do grupo envolvido na ESF e os sucessos no alcance de um conjunto de padrões. Neste sentido, o resultado da análise não se configura como uma classificação por estágio de um município em relação ao outro, e sim, na possibilidade de avaliar a qualidade e efetividade da estratégia nos aspectos de estrutura e adesão às premissas do Ministério da Saúde para a atenção básica.

Para esta proposta, considerando a diversidade dos municípios estudados, seguindo a metodologia da AMQ (2006) do Ministério da Saúde, desenvolveu-se escalas de qualificação bem simples, consensuais, de fácil aplicabilidade, aceitabilidade e entendimento no nível local. A atribuição para cada padrão de seu estágio de qualidade correspondente, consistiu na opção metodológica escolhida, assim, cada padrão representa um elemento da estrutura, processo ou resultado dentro de uma determinada dimensão, permitindo um diagnóstico amplo e processual da situação da estratégia no município.

## **5.6 Análise de riscos e benefícios para a população estudada**

O tipo de estudo proposto não implica em riscos a população estudada e seu benefício foi o de nortear as coordenações da Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios estudados quanto a efetividade das ações das equipes. Foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido como documento ético durante a pesquisa. Com base no resultados da avaliação aplicada, os municípios terão condições de identificar situações problemáticas que podem ser revistas/modificadas, utilizando métodos apropriados de trabalho e realizando as intervenções possíveis, dentro das condições locais.

## **5.7 Resultados esperados:**

Esperamos mostrar o desempenho e a efetividade das ações da Estratégia Saúde da Família como metodologia prioritária na atenção básica em saúde nos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, Brasil.

Os resultados consideram os efeitos dos processos na concretização das ações e práticas desempenhadas pelas equipes segundo os princípios e metas pré-estabelecidas. Distinguem-se dois tipos de resultados: diretos e de saúde da população.

Os resultados diretos se relacionam com os efeitos das ações e práticas desenvolvidas nas USF em termos de acesso (ampliação da cobertura, se a população recebeu a atenção que precisava e se recebeu quando necessitou), adequação (oferta de serviços suficientes em quantidade e qualidade, de acordo com os conhecimentos e as tecnologias disponíveis, e a capacidade de antecipar problemas e riscos) e efetividade (capacidade dos esforços das ações e práticas em saúde de satisfazer as necessidades e demandas em saúde da população, ou seja, impacto positivo sobre os indicadores epidemiológicos em termos de internações por doenças evitáveis, morbidade e mortalidade).

Os resultados em saúde dependem de uma grande proporção de fatores não relacionados à prestação do cuidado no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, mas também dos demais níveis de atenção do sistema, e especialmente do envolvimento e da participação de outros setores e atores da área social.

## 6. RESULTADOS/DISCUSSÃO

A norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM nº 95/01, de 26 de janeiro de 2001, dispõe sobre a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualiza os critérios de habilitação de Estados e Municípios. O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica é a principal ferramenta no processo de avaliação da gestão do SUS, no que se refere à Atenção Básica, destacando-se como instrumento para avaliação e qualificação da gestão municipal e estadual. Trata-se de instrumento de acompanhamento das responsabilidades mínimas atribuídas aos municípios habilitados, bem como requisito quando da necessidade de desabilitação de Estados e Municípios a suas formas de gestão. O Sistema de Monitoramento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (SISPACTO) permite ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais desenvolverem o processo de acompanhamento e avaliação do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica em Saúde.

No trabalho, estudamos 11 (onze) indicadores epidemiológicos da atenção básica em saúde, entre os anos de 2002 e 2006, que aparecem dispostos em quadros, comparando-se as metas pactuadas e atingidas por cada município.

Mortalidade Infantil é o termo usado para designar os óbitos de crianças menores de um ano de idade, ocorridos em determinado local e período. Para estados e municípios o indicador utilizado para sua mensuração é a taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de menores de um ano de idade por 1000 nascidos vivos, em determinado local e período. Essa taxa indica o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. É um dos principais indicadores de saúde pública, utilizado como indicador geral ou específico. Como indicador de saúde geral, expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre os grupos sociais e regiões. Como indicador específico, revela as condições de saúde do grupo materno-infantil.

**QUADRO 1:** Taxa de Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006.

MUNICÍPIO	RIO NOVO DO SUL		VARGEM ALTA		
	ANO	PACTUADO	EFETIVADO	PACTUADO	EFETIVADO
	2002	46.98	14.81	18.08	16.57
	2003	24.08	21.58	15.0	26.41
	2004	24.04	26.08	19.15	18.05
	2005	26.08	9.25	18.05	7.27
	2006	14.29	0	14.80	20.80

FONTE: SISPACTO/M.SAÚDE e Secretarias Municipais de Saúde.

As taxas de mortalidade infantil são classificadas em altas (50 por 1000 ou mais), médias (20 a 49 por 1000) e baixas (menos que 20 por 1000), em função de patamares alcançados em países desenvolvidos (IDB 2000). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera mortalidade infantil alta, aquela acima de 40 óbitos de menores de 1 ano de idade por 1000 nascidos vivos.

A taxa de mortalidade infantil é utilizada na análise de saúde e condições de vida da população, detectando variações geográficas temporais e entre grupos sociais. Serve ainda, para subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para atenção à saúde da criança e da gestante. Suas limitações ocorrem diante do sub-registro de óbitos de menores de 1 ano de idade e de nascidos vivos, erro na definição de nascidos vivos, erro na informação de idade da criança na declaração de óbito. Suas fontes de informação são: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informaçõess sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Em nosso estudo, verificamos que os municípios estudados apresentam taxas de mortalidade infantil entre médias (20 – 49) e baixas (menos que 20 por 1000 nascidos vivos) e que, com o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família, a maioria das metas pactuadas foram efetivadas, com exceções em 2004 para Rio Novo do Sul e, 2003 e 2006 para Vargem Alta. Como os dois municípios, sofrem constantes migrações de pessoas carentes em busca de trabalho na mão de obra do café, acreditamos que tais taxas sejam decorrentes de processos migratórios. Por outro lado, o aumento da taxa de mortalidade infantil pode, em determinadas situações, ser resultante da melhoria dos registros de óbitos infantis.

**QUADRO 2:** Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer por 1000 nascidos vivos, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006

MUNICÍPIO	RIO NOVO DO SUL		VARGEM ALTA		
	ANO	PACTUADO	EFETIVADO	PACTUADO	EFETIVADO
	2002	8.0	6.6	8.0	6.63
	2003	6.4	2.81	6.0	4.52
	2004	2.87	2.6	6.52	6.49
	2005	2.87	6.43	6.52	7.27
	2006	6.42	8.08	6.52	6.43

FONTE: SISPACTO/M.SAÚDE e Secretarias Municipais de Saúde.

Esse indicador é calculado pelo número de recém-nascidos com peso menor que 2500g dividido por 1000 nascidos vivos. Indica o grau de nutrição das gestantes e de modo indireto, a assistência nutricional oferecida às mulheres grávidas pelos municípios. Nos municípios acompanhados as metas pactuadas foram atingidas, com exceção de Rio Novo do Sul em 2005 e 2006 e ainda, Vargem Alta em 2005. Os dois municípios possuem movimentos migratórios de população carente em busca do trabalho nos cafezais e esse fato, contribui para indicadores negativos, não obstante o trabalho das equipes da ESF.

**QUADRO 3:** Taxa de internações hospitalares por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 05 anos de idade, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006

MUNICÍPIO	RIO NOVO DO SUL		VARGEM ALTA		
	ANO	PACTUADO	EFETIVADO	PACTUADO	EFETIVADO
	2002	4.2	10.5	20.0	20.97
	2003	47.35	34.38	22.0	11.56
	2004	34.37	28.87	22.0	21.54
	2005	34.37	12.07	17.0	14.2
	2006	22.07	15.92	17.0	10.52

FONTE: SISPACTO/M.SAÚDE e Secretarias Municipais de Saúde.

Esse indicador é calculado pelo número de internações hospitalares por Infecção Respiratória Aguda (IRA) de 05 anos de idade dividido pela população de menores de 05 anos do município vezes 1000. Expressa a seriedade com que são desenvolvidas ações na abordagem preventiva da infecção respiratória aguda. Nos municípios estudados, as metas pactuadas foram atingidas, com a única exceção do ano 2002, ano de implementação desse indicador.

**QUADRO 4:** Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006

MUNICÍPIO	RIO NOVO DO SUL		VARGEM ALTA		
	ANO	PACTUADO	EFETIVADO	PACTUADO	EFETIVADO
	2002	89.02	91.1	80.0	82.32
	2003	91.0	93.52	83	83.39
	2004	91.0	91.03	85	89.0
	2005	92	85.72	85	88
	2006	85.72	86.87	80	85.14

FONTE: SISPACTO/M.SAÚDE e Secretarias Municipais de Saúde.

A proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal, em determinado local ou período é calculada dividindo-se o número de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal pelos nascidos vivos no mesmo local e período. Indica a concentração de atendimento pré-natal, a partir da quarta consulta. É utilizada para análise da cobertura dos serviços de pré-natal, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais, servindo para subsidiar o planejamento e avaliação de políticas voltadas para o atendimento pré-natal. Com limitações desse indicador, registramos que não abrange o universo das gestantes, excluindo aquelas que tiveram aborto ou como produto da gestação o nascido morto. O valor ideal é o aproximado a 100 %, ou seja, que todas as crianças venham a nascer de mães que fizeram o pré-natal com 4 ou mais consultas.

Em nosso estudo encontramos valores superiores a 80% em todas as observações entre 2002 e 2006, com metas pactuadas atingidas, com exceção em 2005 no município de Rio Novo do Sul, demonstrando a seriedade com que o atendimento pré-natal é realizado pelas equipes.

**QUADRO 5:** Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006

MUNICÍPIO	RIO NOVO DO SUL		VARGEM ALTA		
	ANO	PACTUADO	EFETIVADO	PACTUADO	EFETIVADO
	2002	0.21	0.46	0.30	0.50
	2003	0.21	0.19	0.50	0.34
	2004	0.21	0.26	0.21	0.32
	2005	0.21	0.31	0.30	0.39
	2006	0.21	0.28	0.39	0.39

FONTE: SISPACTO/M.SAÚDE e Secretarias Municipais de Saúde.

Esse indicador é calculado dividindo-se o número de exames citopatológicos cérvico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos pela população feminina dessa faixa etária nos municípios. Objetiva acompanhar o empenho dos municípios na realização dos exames preventivos de câncer de colo de útero. No Brasil, em 2003 o Ministério da Saúde publicou no informativo “Painel de Indicadores do SUS” que 68,7% da população feminina realizaram o exame de Papanicolau nos últimos 3 anos. Em nosso estudo, todas as equipes realizam o exame preventivo de câncer de colo de útero e de mama e as metas pactuadas foram atingidas em sua maioria, com exceções em Rio Novo do Sul em 2002 e 2003, e Vargem Alta em 2003.

**QUADRO 6:** Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC), pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006.

MUNICÍPIO	RIO NOVO DO SUL		VARGEM ALTA		
	ANO	PACTUADO	EFETIVADO	PACTUADO	EFETIVADO
	2002	20.14	26	35.0	36.23
	2003	77.05	39.95	35.0	27.08
	2004	55.93	45.18	35.08	50.92
	2005	55.18	77.22	50.0	19.41
	2006	77.22	62.72	25.0	15.16

FONTE: SISPACTO/M.SAÚDE e Secretarias Municipais de Saúde.

A Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) é expressa pelo número de internações por AVC em determinado local e período, dividido pela População, vezes 10.000. É uma medida da morbidade hospitalar por AVC, no âmbito do SUS. Objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para à saúde) da doença hipertensiva. Não existem parâmetro de comparação. Espera-se que, nos municípios que priorizem a execução dessas ações, ocorra uma diminuição no número de internações por AVC. Nos municípios estudados, as taxas possuem variações e alternâncias, mas na sua maioria, as metas pactuadas foram atingidas, com exceções em Rio Novo do Sul em 2002 e 2005, e Vargem Alta em 2002 e 2004.

**QUADRO 7:** Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC), pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006.

MUNICÍPIO	RIO NOVO DO SUL		VARGEM ALTA		
	ANO	PACTUADO	EFETIVADO	PACTUADO	EFETIVADO
	2002	34.14	32.07	40.0	40.49
	2003	105.6	119.86	60.0	56.24
	2004	119.86	118.0	70.0	67.21
	2005	119.84	107.56	70.0	93.19
	2006	107.56	79.08	70.0	68.22

FONTE: SISPACTO/M.SAUDE e Secretarias Municipais de Saúde.

A Taxa de Internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é expressa pelo número de internações por ICC em determinado local e período, dividido pela População, vezes 10.000. É uma medida da morbidade hospitalar por ICC, no âmbito do SUS. Objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para à saúde) da doença hipertensiva. Não existem parâmetro de comparação. Espera-se que, nos municípios que priorizem a execução dessas ações, ocorra uma diminuição no número de internações por ICC. Nos municípios estudados, as taxas possuem variações e alternâncias, mas na sua maioria, as metas pactuadas foram atingidas, com exceções em Rio Novo do Sul em 2003 e Vargem Alta em 2002 e 2005.

**QUADRO 8:** Proporção de internações por diabetes mellitus, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006.

MUNICÍPIO	RIO NOVO DO SUL		VARGEM ALTA		
	ANO	PACTUADO	EFETIVADO	PACTUADO	EFETIVADO
	2002	47.28	20.8	25.05	24
	2003	3	2.42	12.0	8.0
	2004	5.55	2.55	9.0	8.1
	2005	2.55	1.45	8.0	7.6
	2006	2.55	2.85	7.0	2.25

FONTE: SISPACTO/M.SAUDE e Secretarias Municipais de Saúde.

A proporção de internações por diabetes mellitus é expressa pelo número de internações por DM descompensada em determinado local e período, dividido pela População Diabética cadastrada e acompanhada. É uma medida da morbidade hospitalar por diabetes, no âmbito do SUS. Objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para à saúde) da diabetes mellitus. Não existem



parâmetro de comparação. Espera-se que, nos municípios que priorizem a execução dessas ações, ocorra uma diminuição no número de internações por DM. Nos municípios estudados, as proporções possuem valores decrescentes com as metas pactuadas atingidas, com exceções em Rio Novo do Sul em 2006.

**QUADRO 9:** Proporção de abandono de tratamento da tuberculose, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006.

MUNICÍPIO	RIO NOVO DO SUL		VARGEM ALTA	
	PACTUADO	EFETIVADO	PACTUADO	EFETIVADO
2002	5	0	8	2
2003	5	0	8	0
2004	5	0	7	0
2005	5	0	6	0
2006	* (85%)	(100%)	*(90%)	(100%)

FONTE: SISPACTO/M.SAÚDE e Secretarias Municipais de Saúde.

- Em 2006 o indicador foi transformado para Taxa de cura de tuberculose (%).

Esse indicador exprime a seriedade do tratamento dispensado aos portadores de tuberculose, com todos os casos tratados, com uma exceção no município de Vargem Alta no ano 2002, mas com todas as metas pactuadas devidamente atingidas. Vale ressaltar que os dois municípios utilizam a estratégia de “Dose Terapêutica Diretamente Observada pelo ACS”.

**QUADRO 10:** Taxa de incidência de Tuberculose Pulmonar Positiva (BK+), pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006.

MUNICÍPIO	RIO NOVO DO SUL		VARGEM ALTA	
	PACTUADO	EFETIVADO	PACTUADO	EFETIVADO
2002	19	8.67	12.0	10.94
2003	8.6	8.57	16.0	5.23
2004	9.33	8.2	5.75	5.23
2005	9.5	8.28	9.0	9.2
2006	*	*	*	*

FONTE: SISPACTO/M.SAÚDE e Secretarias Municipais de Saúde

- Em 2006 o indicador foi retirado do pacto.

Estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose, em qualquer de suas formas clínicas. É um indicador do nível de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. Em geral, altas taxas de tuberculose refletem baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. Altas taxas de tuberculose também podem estar associadas com outras doenças, como a AIDS.

Nos municípios pesquisados, as metas pactuadas foram plenamente atingidas, demonstrando o empenho das equipes da ESF com relação ao controle e identificação dos casos novos de tuberculose.

**QUADRO 11:** Coeficiente de detecção de casos de hanseníase, pactuada e efetivada pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006.

MUNICÍPIO	RIO NOVO DO SUL		VARGEM ALTA	
	PACTUADO	EFETIVADO	PACTUADO	EFETIVADO
2002	0.87	0.86	1.62	1.64
2003	0.86	0.86	1.6	1.6
2004	0.86	0.86	1.57	1.6
2005	0.86	0.82	1.6	1.5
2006	* (90%)	(100%)	(90%)	(100%)

FONTE: SISPACTO/M.SAÚDE e Secretarias Municipais de Saúde.

- Em 2006 o indicador foi transformado em Taxa de cura de hanseníase.

Estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver hanseníase, em qualquer de suas formas clínicas. É um indicador do nível de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. Em geral, altas taxas de hanseníase refletem baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida.

Nos municípios pesquisados, as metas pactuadas foram plenamente atingidas, demonstrando o empenho das equipes da ESF com relação a eliminação da doença.

**QUADRO 12:** Número de observações de indicadores do pacto de atenção básica realizadas, correlacionadas com o número de vezes que as metas pactuadas foram atingidas pelos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo, entre 2002 e 2006

Município	Nº de Observações	Nº de vezes de metas atingidas	%
<b>Rio N. do Sul</b>	54	43	79.6
<b>Vargem Alta</b>	54	45	83.3

FONTE: SISPACTO/M.SAÚDE e Secretarias Municipais de Saúde.

Foram estudados 11 indicadores epidemiológicos da atenção básica em saúde, entre os anos 2002 e 2006, com um total de 54 observações, onde às equipes da ESF do município de Rio Novo do Sul, atingiram as metas pactuadas 43 vezes (79.6%) e às equipes da ESF do município de Vargem Alta, atingiram as metas pactuadas 45 vezes (83.3%), demonstrando a efetividade da ESF diante dos desafios das ações de atenção básica em saúde.

**QUADRO 13:** Avaliação da qualidade, segundo as condições de estrutura e infraestrutura, oferecidas às equipes do PSF nos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo.

Qualidade	Estágio	AMQ	MUNICÍPIOS	
		Perguntas	Nº de Equipes de Rio N do Sul	Nº de Equipes de Vargem Alta
ELEMENTAR	E	1-8;25-28	05	07
DESENVOLVIMENTO	D	9;10;29-35	05	07
CONSOLIDADA	C	11-21;36;37	04	04
BOA	B	22;38;39	04	03
AVANÇADA	A	23;24;40	0	0

FONTE: Questionário N°03 da AMQ/Ministério da Saúde.

O município de Rio Novo do Sul, quanto a estrutura e infra-estrutura das UBSF conta com 4 equipes com qualidade “B” (boa) e uma equipe com qualidade “D” (em desenvolvimento).

O município de Vargem Alta conta com 3 equipes com qualidade “B” (boa), 1 equipe com qualidade “C” (consolidada) e 3 equipes com qualidade “D” (em desenvolvimento).

**QUADRO 14:** Avaliação da qualidade, segundo os processos de organização dos serviços e práticas (modelo MS) desenvolvidos pelas Equipes do PSF, nos municípios de Rio Novo do Sul e Vargem Alta, no Estado do Espírito Santo.

Qualidade	Estágio	AMQ	MUNICÍPIOS	
		Perguntas	Nº de Equipes de Rio N do Sul	Nº de Equipes de Vargem Alta
ELEMENTAR	E	1-4;22;23;24	05	07
DESENVOLVIMENTO	D	5-9;24-26;35-39;55	05	07
CONSOLIDADA	C	10-16;27-29;40-47;56	03	04
BOA	B	17-19;30;31;48-51;57	02	0
AVANÇADA	A	20;21;32;33;52-54;58	0	0

FONTE: Questionário N°04 da AMQ/Ministério da Saúde.

O município de Rio Novo do Sul, quanto aos processos de organização dos serviços e práticas (modelo MS) desenvolvidos pelas Equipes do PSF, conta com 2 equipes com qualidade “B” (boa) e 3 equipes com qualidade “C” (consolidadas).

O município de Vargem Alta conta com 4 equipes com qualidade “C” (consolidada) e 3 equipes com qualidade “D” (em desenvolvimento). É importante ressaltar que, no município de Rio Novo do Sul, a ESF foi implementada há oito anos e que, no município de Vargem Alta, a ESF foi implementada há dez anos.

## 7. CONCLUSÃO

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*

Constituição Federal da República, de 1988, Artigo 196, seção II, da Saúde.

No estudo, os dados demonstraram a efetividade das ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) com relação ao cumprimento de metas pactuadas na atenção básica em saúde, e ainda, que os municípios estudados, embora não tenham condições de oferecerem às equipes da ESF uma estrutura e infraestrutura com qualidade “A” (avançada), como seria o ideal, o trabalho, segundo as práticas tidas como modelo pelo Ministério da Saúde, encontram-se num patamar satisfatório em qualidade.

Há muito sabemos que saúde e doença, longe de serem fatalidade ou destino, são processos históricos e sociais determinados pelo modo como cada sociedade vive, organiza-se e produz. As profundas transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando ao longo das décadas, têm levado a profundas mudanças no quadro epidemiológico, na produção e distribuição social dos problemas de saúde. Desse modo, afora as desigualdades e iniquidades regionais, urbanas e rurais, os problemas de saúde, sua valorização social e gravidade também se distribuem desigualmente, entre mulheres e homens, brancos, negros, amarelos e indígenas, pobres e ricos, jovens e velhos, seja pelas diferentes origens sociais, pela desigualdade de acesso às ações e serviços de saúde e demais políticas sociais, em meio a processos, muitas vezes contraditórios, em permanente mudança.

Considerados aqui os problemas na dimensão coletiva, fica claro que sua superação não é possível apenas mediante decisões de âmbito hospitalar ou de assistência médica. Seu enfrentamento necessita da ação da Saúde Coletiva, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças, do trabalho interdisciplinar, em equipe, da ação intersetorial, que apenas são possíveis com a participação de todos.

## REFERÊNCIAS

- ALONSO, A.H. **Ética Das Profissões**. São Paulo: Editora Loyola, 2006.
- AMARAL, Gustavo. **Direito, Escassez e Escolha**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
- AMQ. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Imprensa Nacional, 2006.
- ANGERAMI-CAMON, V.A. **A Ética na Saúde** (org) . S.P.: Pioneira, 1997.
- ARANHA, M.L.A. **Filosofando: Introdução à Filosofia** ed 2. Rev. Atual. São Paulo: Moderna, 1992.
- ASSIS, M. **Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, busca da comunicação**. Rio de Janeiro: DER: MS, 1998.
- BARROS, E. **O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde**. In: Incentivo à participação popular e o controle social no SDS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- BENZT, Luiz Henrique. **Ética, Valores e Proteção à Infância e Juventude**. Rio de Janeiro: MEC/FUNDESCOLA, 2000.
- BOFF ( 2000, 54 BOFF, L. **Ethos Mundial: Um consenso mínimo entre os Humanos**. Brasília: Letraviva, 2000
- BORDENAVE, J.E.D. **Alguns fatores pedagógicos**. In: Capacitação pedagógica para o instrutor/supervisor: área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SDS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [S.l.: s.n.], [1990].
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Abrindo as portas para dona saúde entrar**. Brasília. DF: Imprensa Nacional, 1997.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal**: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de informação, educação e comunicação: perspectiva para uma avaliação**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- ' **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SDS-96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Gerência Técnica Nacional de Dermatologia Sanitária. **Legislação sobre o controle de doenças na área de dermatologia sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST)**. Brasília, DINSAMI/MS, 1985. 70 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos em enfermagem tocoginecológica preventiva**. Normas e instruções. Brasília, DINSAMI/MS, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas para controle do câncer cérvico-uterino**. Brasília, DNDCD/MS, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Guia para utilização de medicamentos e imunobiológicos na área de hanseníase**. Brasília, Ministério da Saúde,

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Imprensa do Senado Federal, 1988.

BRASIL, Tribunal de Contas da União. **Avaliação do Programa de Saúde da Família**, Brasília: Imprensa Nacional, 2002.

BUISCHI, Y.P.; ASSUNÇÃO DE MELO, P.P. **Proposta para prevenção e controle das doenças bucais prioritárias em saúde pública**. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, 1987, p.09.

BUSS, P.M. **Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre escolas de saúde pública da América Latina**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1998.

CADINHA, M.F.A.H. A Formação Ética no Ambiente Escolar, **mimeo** , artigo elaborado para o curso de pós-graduação na disciplina Ética Organizacional, UNIFOA, 2001.

CAMARGO, M.C.V.Z.A. A Vida, o Corpo e a Morte Como Objetos de Apropriação da Medicina, Campinas, S.P. : Tese de Doutorado, UNICAMP, 1998.

CAPRA, F. **O ponto de Mutação 27<sup>a</sup>** ed. São Paulo: Cutrix Ltda , 2000.

CARMONA, V. Programa de Saúde da Família: uma saúde humanizada. **Nursing**, São Paulo, v.64, n.6, p.10-11, set.2003.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 14<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Ed. Lúmen Júris, 2005.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito Constitucional Didático**. Belo Horizonte: Del Rey, 1999.

CASTELLANOS, P.L. **Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais**. In: BARATA, R. B. (org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

CHAVES, E. et alii. **Bases da prevenção do câncer de colo do útero**. João Pessoa, 1985.265 p.

COHEN, C., SEGRE, M. Breve Discurso sobre Valores, Moral, Eticidade e Ética, **mimeo**, 1999.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 1998.

DIAS DA SILVA, M.A.P. **As representações Sociais e as Dimensões Éticas** Taubaté, São Paulo: Cabral Ed. Universitária, 1998.

DONABEDIAN, A. **Twentth years of research on quality of medical care**. Evaluation and Health Professions. OMS, 1985.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. **A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade**. Martins Fontes: São Paulo, 2005.

FARIA, José Eduardo (Org.). **Direitos Humanos Direitos Sociais e Justiça**. 1º ed. Ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio**. São Paulo: Positivo, 2004.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Comentários à Constituição Brasileira de 1988 – Vol. IV**. São Paulo: Saraiva, 1990-95.

FEUSTEIN, M.T. **Avaliação: como avaliar programas de desenvolvimento com a participação da comunidade**. São Paulo: Paulinas, 1996.

FESCINA SCHWARZ, DIAZ. **Vigilância Crescimento Fetal- Manual de Autoinstruções** - Pub. Científica CLAP - OPSjOMS nQ 1261. 1996.

FILHO, Manoel Gonçalves Ferreira. **Direitos Humanos Fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2004.

FORMIGA, **Tendência do Trabalho** Rio de Janeiro: Ed. Tama, 2000.

FORTES, P.A.C. **Ética e Saúde: Questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de caso**. São Paulo: E.P.U., 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa.** 7<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

FRIEDRICH, D. B. C., SENA, R. R. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora - MG. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.38, n.11, p.244-253, junho, 2003.

GALLO, S. (org) **Ética e Cidadania: Caminho da Filosofia: elementos para o ensino da filosofia** 4<sup>a</sup> ed. Campinas, São Paulo: Papirus, 1999 .

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOMES, A. C. C. N., TORRES, G. V. Opinião das Famílias Atendidas pelo PSF em uma unidade de saúde da família do distrito oeste de Natal. **Texto Contexto Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.495-503, out – dez, 2003.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade Civil.** 8<sup>o</sup> ed. Ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

HEATH, H. **Ensinando Valores: Criando um Adulto admirável** São Paulo: Madras Editora Ltda, 2001.

HEIDEGGER, G.W. **Atlas da anatomia humana.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença.** 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

LEA VELL H. & CLARCK, E. G. **Medicina preventiva.** Rio de Janeiro, McGraw Hill, 1976.

LEHMAN, L.E et al. **Avaliação neurológica simplificada.** Belo Horizonte: ALM Internacional, 1997.

LEHMAN, L.E. et al. **Para uma vida melhor: vamos fazer exercícios.** Belo Horizonte: ALM Internacional, 1987.

LEITE, T. A. ; PAULA, M.S. ; RIBEIRO, R.A. et al. **Cárie dental e consumo de açúcar em crianças assistidas por creche pública.** Ver. Odontológica Uni. São Paulo, vol 13, n1, p.13-18. Jan 1999.

LEOPOLDO E SILVA, Breve Panorama Histórico da Ética, **Bioética**, Brasília, v.1n.1, 1993.

LUNARDI, V.L. Responsabilidade Profissional da Enfermeira, **Texto & Contexto** Florianópolis, v.3, n.2, p47-57, 1994.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.



MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. /Série C: estudos e projetos, 4,137b 1988/ Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde 1998.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasma, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.27 p. (Série B: Textos básicos de saúde, 6).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Epidemiologia. Programa Nacional de Imunizações. **Manual de vacinação**. Brasma, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.69 p. (Série A: Normas e manuais técnicos, 15).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde e MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Controle de doenças sexualmente transmissíveis**. Brasma, 1985. 70 p.

Ministério Público do Estado do Espírito Santo. Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional. **Saúde: um Direito Inviolável à Vida**. Coleção Do Averso ao Direito. Vitória: Gráfica do Ministério Público Estadual, 2002.

MONTORO, A.F. et alii. **Prevenção e detecção do câncer de mama**. São Paulo, Ed. da Universidade de São Paulo, 1979. 234 p.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. São Paulo: Atlas, 2003.

\_\_\_\_\_. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional**. São Paulo: Atlas, 2002.

MOREIRA, M.B.R. **Enfermagem em hanseníase**. Brasília: Fundação Hospitalar do Distrito Federal: Hospital Regional de Sobradinho, 1983.

MOREIRA, W.W.. **Corpo Presente** Campinas, São Paulo: Papirus, 1995.

MORIN, E. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro**. S.P.: Cortez; Brasília, D.F.: UNESCO, 2000.

MOTA, N.S **Ética e Vida Profissional**. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural, 1984.

MUNÕZ, D.R. e ALMEIDA, M. Noções de Responsabilidade em Bioética IN: SEGRE, M.; COHEN, C.(org.) **Bioética**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

NASCIMENTO, M. A. A. do. O desafio da clínica na Saúde da Família. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, Ano 46, nº4, p16-18, out, nov, dez, 2004.

NEVES, M. C. P.; PACHECO, S. **Para uma ética da Enfermagem**. Coimbra, Gráfica de Coimbra, 2004.

OLIVEIRA, M.L.W et ai. **Hanseníase: cuidados para evitar complicações**. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998.

OLIVIERI, D.P. **O Ser Doente. Dimensão Humana na Formação do Profissional de Saúde**. São Paulo: Moraes,1994.

PARDO, David Wilson de. **Os direitos Fundamentais e a Aplicação Judicial do Direito**, Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2003.

PENNA, G.O.; PINHEIRO, A.M.C; Hajjar, L.A. **Talidomida: mecanismo de ação, efeitos colaterais e uso terapêutico**. Ass. Bras. Dermatol.; 1998; 73(6): 501-514.

PEREIRA, G.EM. **Características da hanseníase no Brasil: situação e tendência no período de 1985 a 1996**. Tese (Mestrado em Epidemiologia) - Escola Paulista de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

PINTO, V.G. **Epidemiologia das doenças bucais do Brasil**. In: KRIGER, L. ABO PREV- Promoção de Saúde Bucal, São Paulo: Artes Médicas, 1997,p. 27-41.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal – Odontologia social e Preventiva**. 3 ed. São Paulo: Santos, 1994, p. 109-169.

PINTO, V.G. **A Odontologia no Município**: guia para organização de serviços e treinamento de profissionais a nível local. Porto Alegre: RGO, 1996, P. 253.

PINTO,T.M. **Filosofia na enfermagem: algumas reflexões** Pelotas: Universitária/UFPel, 1998.

POLAK,Y.N.S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem** Pelotas: Universitária/UFPel, 1997.

RIVERA, E.J.U. **Planejamento e programação em saúde. Um enfoque estratégico**. São Paulo, Cortez, 1989.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 2ª ed. revista e atualizada. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

\_\_\_\_\_. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

\_\_\_\_\_. (org.) **Direitos fundamentais sociais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

\_\_\_\_\_. (org). **Jurisdição e direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

SAVATER, F. O meu dicionário Filosófico, **Lexicon Vocabulário de Filosofia (ou Quase)**, 2002.

SCHARAIDER, Lilia Blima et all. **Saúde do Adulto, Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Ícone, 2000.

SEGRE, M. COHEN, C. **Bioética** São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1999.

SILVA, J. da; SANTOS, A. da S. Opinião da População de Rio Grande da Serra sobre o Programa Saúde da Família. **Nursing**, v.64, n.6, p.21-6, set, 2003.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito Constitucional Positivo**. 26 ed. Ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

\_\_\_\_\_. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 3ª ed. 3ª tir. São Paulo: Malheiros, 1999.

SILVEIRA, M. de F. de A. et all. Formação de Profissionais: um desafio contemporâneo para o Programa Saúde da Família. **Nursing**, v.73, n.7, p.42-46, junho, 2004.

SOARES, B. A. As relações trabalhistas no Programa Saúde da Família: participação de médico e enfermeiro do município de Ipu-CE. **Nursing**, v.64, n.6, p.15-20, set, 2003.

SOARES, Orlando. **Comentários à Constituição da República Federativa do Brasil**. Rio de Janeiro: Forense, 1993.

SOUZA, M. F. de. Enfermeiros do PSF: acumulam o capital de esperança. **Nursing**, v.64, n.6, p.35-9, set, 2003.

SOUZA, M. F.. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Brasileira de Enfermagem**: saúde da família. v.53, nº especial. Brasília: ABEn, p. 25 – 30, dez.2000.

TODESCAN, A.L. **Promoção de Saúde da Criança**. In TODESCAN, F.F.; WEYNE, S.; HARARI, S. **Cariologia: Implicações e Aplicações Clínicas**. In: BARATIERI, L.N. et al. Odontologia restauradora: Fundamentos e possibilidades. São Paulo: Santos, 2001, p. 3-29.

VALLS, A. L. M. **O que é ética** 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

VAZQUEZ, A.S., **Ética** 19ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

VILLALOBOS, El Sistema de Valores Del Cliente Externo e Interno Evidenciados em el proceso de Enfermeria, **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, São Paulo: v.7, n.4, p.39-44, out.1999.

WHO/CDS/CPE/CEE/2000.14. **Guia para eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**. 1 ed. Genebra, 2000.

ZOBOLI, E.L.C.P.; FORTES, P.A.C.. Rio de Janeiro **Cad. Saúde Pública**, v.20 ;n.6; p. 1690-1699; Nov./Dec. 2004.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Eu, Ivan Paulino, mestrando do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, solicito seu consentimento para participar da pesquisa “EFETIVIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO METODOLOGIA PRIORITÁRIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL.”, referente ao Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado a Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil, respondendo ao questionário que tem os seguintes objetivos: analisar a efetividade das ações desenvolvidas pelas equipes da Saúde da Família, diante de municípios que possuem a Estratégia de Saúde da Família implementada; listar os indicadores epidemiológicos da atenção básica em saúde pactuados pelos gestores municipais; averiguar a efetividade das ações de saúde desenvolvidas pela equipe da ESF mensuradas através de metas de intervenção por meio de estudo ecológico; avaliar as condições de trabalho das equipes Saúde da Família; mensurar o grau de adesão das equipes Saúde da Família às premissas do trabalho com a atenção básica em saúde; contribuir para inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes e espaços de atuação da Estratégia Saúde da Família; verificar o estágio de desenvolvimento alcançado pelos municípios, considerando o trabalho das equipes; contribuir para a construção da capacidade avaliativa na área da qualidade nas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios estudados. Garantimos que sua participação é voluntária e que suas informações serão utilizadas apenas para estudo, não contendo dados que possam identificá-lo (a), além disso, esclarecemos que sua participação pode ser retirada a qualquer momento, sem que isso possa causar algum prejuízo, não havendo pagamento para ambas as partes.

Assinaturas:

---

Ivan Paulino

Rua Amador Sobrosa nº33 apt. 201. Centro Marataízes. ES. CEP:29345-000

Tel.(28) 35321527 e (28)99182724 e-mail: [ivanpaulin@gmail.com](mailto:ivanpaulin@gmail.com)

**Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar do estudo, pois obtive todas as informações necessárias sobre a pesquisa.**

**DATA: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_**

## ANEXOS

### ANEXO 1: QUESTIONÁRIOS DA PESQUISA

#### **Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família Instrumento nº 3 (AMQ) Unidade Saúde da Família Infra-estrutura e Equipamentos da USF**

3.1 Cada ESF dispõe de um consultório com equipamentos básicos para o atendimento à sua população.

( S ) ( N )

3.2 Os consultórios da USF permitem a privacidade visual e auditiva dos atendimentos.

( S ) ( N )

3.3 Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos contém, no mínimo, biombo para troca de roupas.

( S ) ( N )

3.4 Os ACS dispõem de equipamentos básicos para o trabalho externo.

( S ) ( N )

3.5 As ESB dispõem de equipamento completo e instrumentais odontológicos para o desenvolvimento regular de suas atividades.

( S ) ( N )

3.6 Considerando a instalação física, a USF possui, em todos os seus ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento das ações básicas de saúde.

( S ) ( N )

3.7 A USF dispõe de espaço coberto, exclusivo para a recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada.

( S ) ( N )

3.8 A USF dispõe de geladeira exclusiva para vacinas com controle de temperatura para a preservação dos imunobiológicos.

( S ) ( N )

3.9 A USF programa o uso e adequação dos ambientes para realização de curativo, inalação, sutura e observação de pacientes.

( S ) ( N )

3.10 Os equipamentos gineco-obstétricos são em número suficiente para o trabalho das ESF.

( S ) ( N )

3.11 O número de consultórios da USF permite o atendimento ambulatorial dos médicos e enfermeiros da SF concomitantemente.

( S ) ( N )

3.12 Os tensiômetros e balanças da USF são aferidos de acordo com parâmetros técnicos.

( S ) ( N )

3.13 Os ACS dispõem de outros equipamentos para o trabalho externo.

( S ) ( N )

3.14 A USF dispõe de linha telefônica.

( S ) ( N )

3.15 A USF dispõe de equipamento de informática.

( S ) ( N )

3.16 A USF dispõe de sala para realização de reuniões de equipe, atividades internas dos ACS e atividades de Educação Permanente.

( S ) ( N )

3.17 A USF dispõe de outros equipamentos para o atendimento pelas equipes.

( S ) ( N )

3.18 A USF dispõe de equipamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgências e emergências.

( S ) ( N )

3.19 O deslocamento dos profissionais da SF para realização das atividades externas programadas é realizado em veículo da SMS.

( S ) ( N )

3.20 A USF dispõe de equipamentos eletrônicos para atividades educativas.

( S ) ( N )

3.21 Os consultórios odontológicos permitem a realização dos atendimentos do THD e do cirurgião-dentista de maneira integrada.

( S ) ( N )

3.22 A USF está equipada para atender às pessoas com necessidades especiais: rampas, corrimão, largura das portas, banheiros, cadeira de rodas.

( S ) ( N )

3.23 A USF dispõe de acesso à internet e disponibiliza seu uso aos trabalhadores da SF a partir de critérios definidos.

( S ) ( N )

3.24 Os consultórios onde são realizados exames ginecológicos possuem banheiro exclusivo.

( S ) ( N )

3.25 A USF realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico dos programas Nacional e Estadual de Imunização.

( S ) ( N )

3.26 A USF fornece com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos básicos indicados nos tratamentos das parasitoses mais freqüentes.

( S ) ( N )

3.27 As ESF/SB dispõem de materiais e insumos para realização das atividades educativas com a população.

( S ) ( N )

3.28 A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente medicamentos indicados na prevenção e tratamento das anemias carenciais e hipovitaminoses.

( S ) ( N )

3.29 A USF dispõe de insumos básicos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde.

( S ) ( N )

3.30 A USF dispõe de insumos de SB em quantidade suficiente para o desenvolvimento das ações com regularidade.

( S ) ( N )

3.31 A USF dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde.

( S ) ( N )

3.32 A USF dispõe de glicosímetros e suprimento de fitas em quantidade suficiente. ( S ) ( N )

3.33 A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente antibióticos básicos indicados nos tratamentos das doenças infecciosas mais frequentes, constantes da lista padronizada de antibióticos da SMS.

( S ) ( N )

3.34 A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos básicos indicados nos tratamentos da Hipertensão Arterial Sistêmica.

( S ) ( N )

3.35 A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente os medicamentos orais básicos indicados nos tratamentos do Diabetes Mellitus.

( S ) ( N )

3.36 A USF dispensa com regularidade e em quantidade suficiente Insulina NPH indicada para o tratamento do Diabetes Mellitus, oriunda de armazenagem adequada em geladeira.

( S ) ( N )

3.37 A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise hipertensiva de acordo com os protocolos locais, estocados em condições adequadas.

( S ) ( N )

3.38 A USF dispõe de medicamentos inalatórios para a crise asmática, estocados em local adequado.

( S ) ( N )

3.39 A USF dispõe de medicamentos para o tratamento das doenças do trato gastro-intestinal.

( S ) ( N )

3.40 A USF dispõe de medicamentos básicos indicados no primeiro atendimento aos casos de crise epilética de grande mal de acordo com os protocolos locais, estocados em local adequado.

( S ) ( N )



**ANEXO 2****Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família  
Instrumento nº 4(AMQ) Consolidação do Modelo de Atenção**

4.01 O cadastramento das famílias é atualizado mensalmente.

( S ) ( N )

4.02 A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF.

( S ) ( N )

4.03 A unidade SF funciona todos os dias úteis, nos dois expedientes de trabalho.

( S ) ( N )

4.04 A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da estratégia SF.

( S ) ( N )

4.05 A ESF utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho.

( S ) ( N )

4.06 A ESF trabalha com mapa da sua área de atuação no qual estão discriminadas as micro-áreas de responsabilidade dos ACS.

( S ) ( N )

4.07 A equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população, identificando os problemas mais freqüentes.

( S ) ( N )

4.08 A Assistência Domiciliar é planejada considerando-se as indicações para atuação dos profissionais da ESF.

( S ) ( N )

4.09 Os prontuários estão organizados por núcleos familiares, fortalecendo o modelo de atenção SF.

( S ) ( N )

4.10 A ESF possui registros de aspectos variados do território e sua população.

( S ) ( N )

4.11 O cronograma de atividades é definido em conjunto pelos membros da equipe e está baseado na análise da situação de saúde da área.

( S ) ( N )

4.12 A ESF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção.

( S ) ( N )

4.13 A ESF registra e monitora as solicitações de exames diagnósticos.

( S ) ( N )

4.14 A ESF notifica os usuários sobre a marcação de consultas especializadas e ou exames.

( S ) ( N )

4.15 A ESF dedica um período da semana para reunião de equipe.

( S ) ( N )

4.16 A ESF dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações.

( S ) ( N )

4.17 A ESF monitora a procura pelo serviço quanto ao tipo de solicitação, verificando o percentual de atendimento.

( S ) ( N )

4.18 Os mapas de trabalho da equipe estão atualizados e apontam situações dinâmicas do território e sua população.

( S ) ( N )

4.19 A ESF trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada.

( S ) ( N )

4.20 A ESF organiza "painel de situação" com os mapas, dados e informações de saúde do território.

( S ) ( N )

4.21 A ESF realiza avaliação semestral dos resultados alcançados.

( S ) ( N )

4.22 Existe atenção diferenciada para as famílias em situação de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social.

( S ) ( N )

4.23 As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas aos usuários de maneira clara e acessível.

( S ) ( N )

4.24 Existe atenção diferenciada e auxílio aos usuários em situação de analfabetismo e exclusão social quanto ao acesso e utilização do serviço.

( S ) ( N )

4.25 Existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados.

( S ) ( N )

4.26 Recursos para registro de sugestões e reclamações estão ao alcance dos usuários.

( S ) ( N )

4.27 A ESF oferece outros horários para o atendimento das famílias que não podem comparecer durante o período habitual de funcionamento da USF ou de trabalho da equipe.

( S ) ( N )

4.28 Existe escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da USF.

( S ) ( N )

4.29 A ESF avalia e responde às sugestões e reclamações encaminhadas, viabilizando atendimento das solicitações.

( S ) ( N )

4.30 A ESF desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários.

( S ) ( N )

4.31 Existe monitoramento do tempo médio de espera pelos serviços.

( S ) ( N )

4.32 A ESF está sensibilizada para abordar questões relativas à estigmas, preconceitos e situações de discriminação racial, étnica e outras, promovendo a melhor utilização dos serviços de saúde.

( S ) ( N )

4.33 Os serviços são disponibilizados sem restrição de horários por ciclos de vida, patologias ou grupos populacionais específicos.

( S ) ( N )

4.34 São desenvolvidas estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando-se a cultura local.

( S ) ( N )

4.35 Ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis são realizadas, respeitando-se a cultura e as particularidades locais.

( S ) ( N )

4.36 São elaboradas com a população estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.

( S ) ( N )

4.37 A ESF desenvolve grupos educativos e de convivência com os pais, abordando conteúdos da saúde da criança.

( S ) ( N )

4.38 A ESF realiza ações educativas e de convivência com os hipertensos em acompanhamento.

( S ) ( N )

4.39 A ESF realiza ações educativas de convivência com os diabéticos em acompanhamento.

( S ) ( N )

4.40 São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas e creches abordando a saúde das crianças.

( S ) ( N )

4.41 São desenvolvidas ações sistemáticas de educação em saúde nas escolas abordando a saúde dos adolescentes e jovens.

( S ) ( N )

4.42 A ESF desenvolve grupos educativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS.

( S ) ( N )

4.43 A ESF desenvolve ações coletivas de socialização, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos.

( S ) ( N )

4.44 A ESF desenvolve atividades educativas com os idosos abordando conteúdos relacionados aos direitos e ao Estatuto do Idoso.

( S ) ( N )

4.45 A ESF desenvolve ações educativas e/ou de prevenção quanto à violência doméstica.

( S ) ( N )

4.46 A ESF estimula, desenvolve e ou acompanha atividades no campo das práticas corporais com a população.

( S ) ( N )

4.47 A ESF desenvolve estratégias para integração entre o saber popular e o saber técnico-científico.

( S ) ( N )

4.48 A equipe planeja, executa e acompanha as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação informal com ONG, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.

( S ) ( N )

4.49 A ESF desenvolve grupos operativos abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS com os idosos.

( S ) ( N )

4.50 A ESF desenvolve ações de educação em saúde com abordagem problematizadora.

( S ) ( N )

4.51 A ESF desenvolve ações para integração dos portadores de transtornos mentais em atividades coletivas regulares.

( S ) ( N )

4.52 A ESF realiza ações educativas e/ou de prevenção quanto aos acidentes de trânsito.

( S ) ( N )

4.53 A Existem iniciativas em funcionamento, realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário.

( S ) ( N )

4.54 É realizado o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos e fortalecimento da rede social e comunitária. ( S ) ( N )

4.55 A ESF debate regularmente com a comunidade temas de cidadania, direitos à saúde e funcionamento do SUS.

( S ) ( N )

4.56 A ESF reúne-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados.

( S ) ( N )

4.57 A ESF participa de reuniões com conselhos de saúde.

( S ) ( N )

4.58 Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento do trabalho das ESF.

( S ) ( N )

**ANEXO 3: Indicadores da Atenção Básica avaliados**

<b>INDICADOR</b>
<b>SAÚDE DA CRIANÇA</b>
Taxa de Mortalidade Infantil
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer
Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade
<b>SAÚDE DA MULHER</b>
Proporção de nascidos vivos de mães com 3 ou mais consultas de pré-natal
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária <sup>1</sup>
<b>CONTROLE DA HIPERTENSÃO</b>
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
<b>CONTROLE DO DIABETES</b>
Proporção de internações por diabetes <i>mellitus</i>
<b>CONTROLE DA TUBERCULOSE</b>
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose
Taxa de incidência de Tuberculose Pulmonar Positiva (BK+)
<b>CONTROLE DA HANSENÍASE</b>
Coeficiente de detecção de casos de hanseníase

**FONTE:** Pacto da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

---

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)