

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA –  
PROPPEC  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS – PMGPP**

**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: UMA ANÁLISE  
DA IMPLANTAÇÃO PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO  
DE SÃO JOSÉ/SC, EM 2007**

**ADELIANA DAL PONT**

**ITAJAÍ (SC), 2009**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA –  
PROPPEC  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS – PMGPP**

**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: UMA ANÁLISE  
DA IMPLANTAÇÃO PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO  
DE SÃO JOSÉ/SC, EM 2007**

**Adeliana Dal Pont**

**Dissertação apresentada à Banca Examinadora no Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana M. Rossetto como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.**

**ITAJAÍ (SC), 2009**

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Agradeço a Deus, por me dotar de coragem para enfrentar os desafios constantes em minha vida;

À minha família, sempre presente, que torce pelo meu sucesso e vibra com as minhas conquistas;

Aos meus amigos, que incentivaram a fazer esta caminhada;

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de São José, principalmente os da Coordenação da Saúde da Família e os da Saúde da Mulher, os quais, pela relação pessoal construída nesses anos de convívio, não mediram esforços para disponibilizar informações.

Às Equipes de Saúde da Família, pela disponibilidade em responder aos questionários;

À minha orientadora, Dr<sup>a</sup>. Adriana Marques Rossetto, por ultrapassar os limites da orientação e torna-se amiga e confidente;

E, por fim, aos meus Assessores de gabinete da Câmara Municipal de Vereadores, que presenciaram todas as lágrimas e compartilharam todas as dificuldades, desde o primeiro dia de aula, distante 23 anos do término da graduação.

DAL PONT, A. **Programa de atenção integral à saúde da mulher**: uma análise da implantação pelas equipes de saúde da família, no município de São José/SC, em 2007. 2009. Dissertação (Mestrado Profissional de Gestão de Políticas Públicas) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí/SC, 2009.

## RESUMO

Esta Dissertação objetiva avaliar a implantação do Programa Integral de Assistência à Saúde da Mulher pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família no município de São José/SC, em 2007. Entre os questionamentos que direcionaram este estudo, procurou-se verificar se, a partir do novo arcabouço jurídico-institucional do Sistema Público de Saúde, do Pacto pela Saúde e do novo enfoque de tratar a saúde e não mais a doença, implementado via Saúde da Família, estava efetivamente o município de São José (SC) utilizando esta estratégia de forma integral. Procedeu-se a uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu segundo componente (análise das variações da implantação nos efeitos observados) da Estratégia Saúde da Família, considerando uma das sete áreas estratégicas mínimas da NOAS – 01/02 e ratificadas no Pacto pela Saúde – ações de saúde da mulher. O universo pesquisado envolveu 40 equipes da eSF, número que coincide com o total das equipes implantadas no município de São José. Os resultados revelaram que o grau de implantação no conjunto das equipes de Saúde da Família foi considerado parcialmente implantado para as ações de saúde da mulher (pré-natal, preventivo do câncer cérvico-uterino e planejamento familiar). Em relação aos indicadores de resultados relacionados às Ações de Saúde da Mulher, evidencia-se que têm se mantido sem muitas alterações nos últimos três anos, exceto o coeficiente de mortalidade materna, que atingiu patamar bastante elevado. Com isso, observou-se que o Município superou o grande desafio de implantar a Estratégia da Saúde da Família, porém as equipes têm trabalhado com população adscrita maior do que o preconizado pelo Ministério da Saúde.

**Palavras-chave:** Atenção integral. Saúde da mulher. Grau de implantação. Equipes de saúde da família.

DAL PONT, A. **Programa de atenção integral à saúde da mulher**: uma análise da implantação pelas equipes de saúde da família, no município de São José/SC, em 2007. 2009. Dissertação (Mestrado Profissional de Gestão de Políticas Públicas) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí/SC, 2009.

## ABSTRACT

This dissertation evaluates the introduction of the *Programa Integral de Assistência à Saúde da Mulher* (Woman's Integral Healthcare Program) by the Family Health Strategy teams of the town of São José/SC, in 2007. One of the questions that guided this study was an attempt to verify whether, based on the new legal-institutional framework of the Public Health System, the *Pacto pela Saúde* (Pact for Health), and the new focus on treating health instead of sickness implemented through Family Health, the city of São José (SC) was effectively using this strategy in integral form. An evaluative analysis was carried out of the implementation, in its second component (analysis of the variations of the implementation on the observed effects) of the Family Health Strategy, considering one of the seven minimal strategic areas of NOAS –01/02 and approved by the Pact for Health – woman's health actions. The survey included 40 Family Health Strategy teams, which corresponds to the number of teams introduced in the town of São José. The data showed that the level of insertion of the Family Health teams was considered partially established for the woman's health actions (prenatal, cervical-uterine cancer prevention and family planning). In relation to the indicators of the results related to the Woman's Health Actions, the research showed that these had not altered much over the last three years, except for the coefficient maternal mortality, which reached a very high level. With this information, it was observed that the Municipal district has overcome the great challenge of establishing the Family Health Strategy, however, the teams have been working with a bigger resident population than originally recommended.

**Key words:** Integral attention. Woman's health. Degree of insertion. Family health teams.

ADELIANA DAL PONT

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: uma análise da  
implantação pelas equipes de saúde da família, no município de São José/SC, em  
2007

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas e aprovada pelo Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale de Itajaí, Centro de Educação Centro de Ciências Sociais e Jurídicas de Itajaí.

Área de Concentração:

Gestão de Políticas Públicas: instituições, cultura e sustentabilidade

Itajaí, junho de 2009.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana M. Rossetto  
Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriana M. Rossetto  
Orientadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neusa Maria Sens Bloemer  
Membro

Prof. Dr. Áureo dos Santos  
Membro



## LISTAS DE TABELAS

- Tabela 1:** Ações desenvolvidas no atendimento ao pré-natal, na área de saúde da mulher, pelas Equipes de Saúde da Família, no município de São José, estado de Santa Catarina, Brasil, 2007.....59
- Tabela 2:** Ações desenvolvidas no atendimento à Saúde da Mulher, na prevenção do câncer cérvico-uterino, pelas Equipes de Saúde da Família, no município de São José, estado de Santa Catarina, Brasil, 2007. ....60
- Tabela 3:** Ações desenvolvidas na Saúde da Mulher, no planejamento familiar, pelas Equipes de Saúde da Família, no município de São José, estado de Santa Catarina, Brasil, 2007. ....61
- Tabela 4:** Grau de implantação das Ações de Saúde da Mulher, por Equipe de Saúde da Família e pelo conjunto delas, no município de São José, estado de Santa Catarina, Brasil, 2007.....63
- Tabela 5:** Indicadores das Ações de Saúde da Mulher, no município de São José, estado de Santa Catarina, Brasil, 2005, 2006, 2007 .....65

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Proposta de Implantação da eSF em São José – SC: 2001.....	57
---	----

## LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva  
AEM – Ações Estratégicas Mínimas  
AIDS – *Acquired Inmodificiency Síndrome*  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde  
CEME – Central de Medicamentos  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde  
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento  
CIS – Comissões Interinstitucional de Saúde  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CLIS – Comissão Local Interinstitucional de Saúde  
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASP – Conselho Consultivo de Administração Previdenciária  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina  
CRFB/1988 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988  
CRIS – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde  
DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
eSF – Estratégia de Saúde da Família  
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor  
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social  
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MPAS – Ministério de Previdência e Assistência Social  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde  
NOBs – Normas Operacionais Básicas  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONGs – Organizações Não-Governamentais  
PAB – Piso de Atenção Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAISA – Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto  
PAISC – Programa de Atenção à Saúde da Criança  
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PAM – Pronto Atendimento Médico  
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PPI – Programação Pactuada Integrada  
PROSAD – Programa de Atenção à Saúde do Adolescente  
PSF – Programa Saúde da Família  
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde  
SES – Secretaria de Estado da Saúde  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS  
SIH – Sistema de Informação Hospitalar  
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade  
SINAN – Sistema de Agravos Notificáveis  
SINASC – Sistema de Informações sobre nascidos vivos  
SINPAS – Sistema Nacional da Previdência Social  
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SPS – Secretaria de Políticas de Saúde  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
2.1 Objetivo geral .....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
<b>3 O CAMINHO LEGISLATIVO DA SAÚDE NO BRASIL E OS APORTES TEÓRICOS</b> .....	<b>17</b>
3.1 História das políticas públicas de saúde no Brasil .....	17
3.2 A Constituição Federal e o SUS.....	24
3.3 A organização da atenção básica .....	32
3.4 A implantação do Programa Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo assistencial.....	36
3.5 Política nacional de atenção à saúde da mulher .....	42
3.6 Avaliação em saúde .....	45
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>48</b>
4.1 Coleta dos dados .....	48
4.1.1 Descrição das variáveis.....	50
4.1.2 Processo de coleta de dados .....	50
4.2 Análise dos dados.....	51
4.3 Aspectos éticos .....	51
4.4 Devolutivas dos resultados.....	52
<b>5 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO JOSÉ</b> .....	<b>53</b>
5.1 Implantação do programa.....	56
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>58</b>
6.1 Grau de implantação da saúde da mulher .....	59
6.1.1 Pré-natal.....	59
6.1.2 Prevenção de câncer cérvico-uterino .....	60
6.1.3 Planejamento familiar .....	61
6.1.4 Consolidados das ações da saúde da mulher.....	62
6.2 Indicadores de resultados das ações de saúde da mulher .....	65
6.3 Discussões .....	66
6.3.1 Análise dos dados coletados.....	66
6.3.2 Pré-natal.....	67
6.3.3 Prevenção do câncer cérvico-uterino .....	70

6.3.4 Planejamento familiar .....	71
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO A - Série Histórica dos Indicadores do Pacto pela Vida Município de residência: 421660 São José.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO B - Indicadores de resultados dos anos de 2005, 2006 e 2007, do Município de São José(SC) .....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO C - Evolução dos componentes neonatal e pós neonatal da mortalidade infantil e coeficiente de natalidade, nos anos de 1996 a 2007, no município de São José (SC) .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO D - Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil, de 1980 a 2007, no município de São José (SC) .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO E - População residente por sexo segundo faixa etária, em 2007, no município de São José (SC) .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO F - Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, para 2007, do município de São José (SC) .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO G - Questionário para avaliação do Grau de Implantação das Áreas Estratégicas Mínimas da Atenção Básica, pelas Equipes de Saúde da Família, no município de São José – SC .....</b>	<b>92</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988), ao incluir a saúde como um direito de cidadania no Capítulo de Seguridade Social, incorporou mudanças no papel do Estado e alterou o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde.

Em seus artigos, destacam-se os princípios e as diretrizes deste serviço. O artigo 196 referencia a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. No artigo 198, constitui-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como integrante de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Por fim, o artigo 200, trata das competências e das atribuições do Sistema (BRASIL, 1988).

A construção do Sistema de Saúde, promulgado na Constituição Federal de 1988, tem percorrido um longo e difícil caminho para se tornar um sistema universal, integral e equânime, já que a sua inclusão, como direito social por si só, não garante a sua aplicabilidade. Ao longo de sua história, muitos avanços podem ser contabilizados, mas também permanentes desafios precisam ser superados.

Neste período, houve progressos importantes no sistema, ao preconizar a criação de espaços de negociação bi e tripartite, por meio das comissões intergestoras CIB e CIT (Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite), as transferências financeiras diretas fundo a fundo entre as esferas de governo, a pactuação com gestões municipais e estaduais, dentre outras, porém sempre com o foco no financiamento e não nos direitos do cidadão.

Também foi um período de enfrentamento dos adversários internos e externos do campo da saúde. Internamente, representados pelas fortes burocracias da área financeira, de convênios e de auditoria, que resistiam e até impediam mudanças como transferência automática de recursos e repasses fundo a fundo. Externamente, o enfrentamento se fazia com as autoridades das áreas da Fazenda, Planejamento, Previdência, dentre outras (GOULART, 2002).

A implementação do SUS, nos anos 90, iniciou com a criação da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90) e de normas e portarias emitidas pelo

Ministério da Saúde (MS) – as Normas Operacionais Básicas (NOBs), Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e, mais recentemente, com o Pacto pela Saúde – como instrumentos de regulamentação do sistema. Porém, desde o início da implantação do SUS, destaca-se, como um dos problemas para a sua operacionalização, a resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e em ações curativas individuais – a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais (VIANA; DAL POZ, 2005).

No contexto de se efetivar a reforma do sistema de saúde que procura mudar o enfoque político e assistencial no qual se leva em consideração as ações de promoção à saúde, por oposição às práticas meramente especializadas, a Saúde da Família apresenta-se como uma estratégia assistencial que procura implantar um novo modelo de atenção à saúde, voltada para a saúde da família, considerando-a em todos os espaços de vida (RONZANI; STRALEN, 2003). Foi concebido para ser a porta de entrada do sistema local de saúde e desenvolver ações básicas de forma integral e resolutive, proporcionando extensão da cobertura e ampliação do acesso, além da substituição das práticas tradicionais (SILVA, 2003 *apud* CAVALCANTE, 2004).

Desde a sua criação, o número de equipes implantadas, em todas as regiões do país, tem crescido de maneira bastante significativa, sem a garantia da homogeneidade em suas práticas, uma vez que muitas delas, apenas reproduzem os antigos modelos de assistência, voltada à prática curativa (RONZANI; STRALEN, 2003).

No município de São José (SC), objeto de estudo em questão, foram implantadas, desde 2003, 40 Equipes de Saúde da Família, com o objetivo de melhorar a resolubilidade da atenção básica de seus habitantes. Entretanto, quando verificados alguns indicadores, o que se percebe é que há a necessidade de priorizar o monitoramento e a avaliação das ações e serviços que são oferecidos à população, já que o nível de desempenho da atenção básica é decisivo para o redirecionamento do modelo assistencial, e não há registro da análise da situação de implantação e funcionamento da Estratégia Saúde da Família (eFS) nesses termos.

Considerando-se a dificuldade de se impor normas gerais a um país com tamanha diversidade, os gestores do SUS assumem compromisso público de construir Pacto pela Saúde, na perspectiva de atender as necessidades de saúde de



sua população. As prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e, dentre essas, algumas são referentes à Saúde da Mulher.

A escolha do tema da dissertação considerou a possibilidade de um trabalho que fosse acadêmico, mas que, ao mesmo tempo, não perdesse de vista o empirismo e a aplicabilidade da análise à realidade e que trouxesse uma contribuição efetiva para a ampliação da cidadania, em especial da comunidade de São José (SC).

O trabalho resultou em um misto do que foi investigado nas publicações e do que foi acumulado com a experiência profissional vivida, principalmente como Secretária Municipal de Saúde de Araranguá (SC), anteriormente à Constituição Federal de 88, Coordenadora Regional de Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde e, finalmente, Secretária Municipal de Saúde de São José, por 9 anos.

A presença da autora no âmago dos acontecimentos da área da saúde, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, um marco na formulação das propostas de saúde, além da representação política, como presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina (COSEMS), revelou a necessidade por buscar respostas a questões que colocavam em cheque as práticas diárias, bem como novos questionamentos, fruto da reflexão e dos novos conhecimentos teóricos.

Entre esses questionamentos, o que direcionou este estudo foi:

- A partir do novo arcabouço jurídico-institucional do Sistema Público de Saúde, do Pacto pela Saúde e do novo enfoque voltado para tratar a saúde e não mais a doença, implementado via Saúde da Família, estão efetivamente os municípios utilizando esta estratégia de forma integral? Em especial, como a questão está sendo tratada no município de São José (SC)?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a implantação do Programa Integral de Assistência à Saúde da Mulher pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família no município de São José/SC, em 2007.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Conferir a implantação da área de saúde da mulher para a atenção básica, quanto ao cumprimento das suas responsabilidades e ações;
- Descrever o comportamento dos indicadores de resultados direcionados à área de saúde da mulher;
- Relacionar o grau de implantação da área de saúde da mulher na atenção básica com os indicadores de resultados, encontrados para o ano de 2007.

### **3 O CAMINHO LEGISLATIVO DA SAÚDE NO BRASIL E OS APORTES TEÓRICOS**

#### **3.1 História das políticas públicas de saúde no Brasil**

No começo do século, não havia atendimento médico de caráter público. A população pobre só dispunha do atendimento filantrópico nos hospitais de caridade mantidos pela igreja (MENDES, 1993).

A falta de um modelo sanitário para o país permitia que epidemias de doenças, como febre amarela, varíola, malária, tuberculose e peste bubônica, afetassem as principais cidades brasileiras.

Neste período, a economia do País estava focada no modelo agro-exportador, assentado na monocultura cafeeira, o que exigia a atenção pública para as endemias e o saneamento dos portos e núcleos urbanos, vinculados ao segmento comercial financeiro do complexo exportador e ao capital industrial nascente (MENDES, 1993; CUNHA; CUNHA, 2001).

Importante, então, ressaltar a política de imigração, que buscava atrair a mão de obra necessária para formação do mercado de trabalho capitalista. A imigração aumentava a possibilidade de doenças, mas, por sua vez, estas também, impediam que os imigrantes se sentissem atraídos por locais insalubres. Esta mão de obra, entretanto, também mobilizou e organizou a classe operária no Brasil na luta pela conquista de seus direitos, principalmente os italianos (anarquistas), transformando assim as relações de trabalho.

Desde o final do século XIX até meados dos anos sessenta, era praticado, como modelo hegemônico de saúde, o sanitarismo campanhista, caracterizado pela utilização de medidas jurídicas impositivas, quanto à notificação de doenças, vacinação obrigatória (lei promulgada em 1904) e vigilância sanitária em geral (MENDES, 1993; CUNHA; CUNHA, 2001).

As campanhas de saúde pública eram organizadas como campanhas militares, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os doentes de moléstias contagiosas e obrigando, pela força, o emprego de práticas sanitárias, medidas que geravam insatisfação na população (MENDES, 1993).

Nas duas primeiras décadas do século XX, a produção industrial cresceu no Brasil em decorrência da 1ª Guerra Mundial, que impedia a sua importação, gerando a necessidade de fabricação no país dos produtos consumidos internamente, modificando profundamente as condições de existência da população (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1976).

Embora tivesse havido modificações no setor produtivo, até a década de 20, não se observa clara definição de política de saúde por parte do Estado. Porém, foi a reforma Carlos Chagas (Decreto 15.003 de 1921), que deu origem à primeira organização às prioridades em atenção médica curativa, através do Departamento Nacional de Saúde Pública, com destaque para a assistência hospitalar materno-infantil e a higiene industrial como problemas individualizados (CUNHA; CUNHA, 2001).

A Previdência Social, no Brasil, surgiu, em 1923, com o Decreto Legislativo conhecido como Eloi Chaves, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Constituiu-se no embrião do seguro social do Brasil, sendo a primeira vez que o Estado interferiu para criar mecanismo destinado a garantir ao trabalhador algum tipo de assistência (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

As CAPs tinham como objetivo prestar assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensões para os dependentes dos empregados; auxílio pecuniário para funeral. Eram sociedades civis organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. A forma de financiamento levava a diferenciar a qualidade dos serviços oferecidos em função do porte das empresas e do nível salarial de seus empregados (BRAGA; PAULA, 1981).

Segundo Belinati (1994), no período de 1923 a 1933, foram criadas 183 Caixas de Aposentadoria e Pensão.

A partir de 1932, com orientação economizadora de gastos, iniciou-se a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais e institucionalizados como autarquias. Dessa forma, houve condições de maior controle estatal, bem como a tendência de se homogeneizar os serviços, embora apenas no interior de cada categoria (MENDES, 1993).

Os IAPs, com caráter de seguro social, eram financiados pela contribuição dos trabalhadores, das empresas e também do Estado. Estas grandes somas

arrecadadas eram aplicadas no financiamento da industrialização do país, sob a justificativa de aumentar a massa de recursos. A política social passa a ser importante dinamizador da iniciativa privada (BRAGA; PAULA, 1981).

Tomando como pretexto um falso plano de revolução comunista, Getúlio Vargas decretou estado de sítio, cancelou eleições presidenciais, fechou o Congresso Nacional e instaurou a ditadura do Estado Novo, até 1945 (MENDES, 1993).

Em 1939, regulamentou a justiça do trabalho e, em 1943, foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1976).

A partir da década de 50, com a aceleração do processo de industrialização, a economia voltou-se para os centros urbanos e, com ele, uma massa operária, que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Mudou-se, então, o foco. Já não era importante sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas tratar o corpo do trabalhador para manter sua capacidade de produzir (MENDES, 1993).

A influência dos americanos se tornou muito forte durante a guerra, levando o Brasil a adotar o mesmo modelo de saúde, baseado em grandes hospitais, no qual há muitos médicos de todas as especialidades, equipamentos, presença da indústria farmacêutica e concentração do atendimento médico, principalmente, nas grandes cidades.

Em maio de 1953, no segundo período do governo de Getúlio Vargas, este anunciou a criação do Ministério da Saúde, porém com poucos recursos financeiros em todo o período da década de 50.

Com a posse do novo presidente, Juscelino Kubitschek de Oliveira, iniciou-se com grande entusiasmo, um período de desenvolvimento econômico, com a implantação da indústria automobilística e a criação de Brasília, além da abertura do país para o capital estrangeiro. O aumento da classe operária refletiu na criação de novos IAPs e no aumento de associados nos antigos institutos (MENDES, 1993).

Os IAPs, com grande aporte de recursos, construíram seus próprios hospitais. Porém, o descontentamento de algumas empresas com o atendimento fornecido, possibilitou o surgimento da medicina de grupo, cuja finalidade seria prestar serviços médicos particulares aos empregados das empresas que as contratavam.

Com o golpe de 64, instalou-se, no país, ditadura militar, e com ela, a censura, a tortura, o arrocho salarial, levando a classe operária e a classe média à miséria. No que tange ao Ministério da Saúde, o primeiro efeito do golpe militar foi o sucateamento da saúde pública e a restrição de recursos para os programas, além do abandono de outros importantes programas de saneamento. O empobrecimento geral do país teve como consequência o forte êxodo rural, causando inchaço nas cidades com populações pobres, fazendo aumentar as doenças e a mortalidade infantil.

O sistema previdenciário mostrou-se incapaz para responder à crescente pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços: necessitava de recursos financeiros, além de esbarrar nos diferentes benefícios oferecidos pelos institutos.

Mesmo com a grande pressão contrária dos associados aos IAPs que se apresentavam mais ricos e mais fortes, o Governo unificou todos os sistemas previdenciários IAPs, num Sistema Único, que recebeu o nome de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966 e vinculado ao Ministério do Trabalho (MENDES, 1993; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1976; CUNHA; CUNHA, 2001).

O novo Instituto concentrou todas as contribuições de previdência social do país, incluindo os trabalhadores da indústria, comércio e serviços, gerindo, assim, as aposentadorias, as pensões e a assistência médica dos trabalhadores, o que acarretou em um orçamento muito maior que o de muitos países.

Enquanto os Institutos de Aposentadorias e Pensões ofereciam serviços diferenciados em função da variação do nível de renda das categorias dos trabalhadores, a criação do INPS trouxe um padrão mais universal de serviços. Mas, ainda assim, foi excluída dos seus benefícios, grande parte da população representada pela força de trabalho dos trabalhadores do campo, das empregadas domésticas e dos prestadores de serviços autônomos. A inclusão dessas categorias ocorreu gradativamente, ao longo da década de 70, com a criação do Fundo de Assistência ao trabalhador Rural (MENDES, 1993; CUNHA, CUNHA, 2001).

Apesar da ampliação das ações na Previdência Social, evidenciou-se o caráter discriminatório da política da saúde, mostrando as desigualdades no acesso quantitativo e qualitativo entre as diferentes clientela urbanas e entre estas e as rurais (MENDES, 1993).

A criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde, que levou ao desenvolvimento do complexo médico industrial nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos, além de priorizar a contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços próprios. O fato facilitou o superfaturamento dos serviços contratados, com prejuízo do atendimento médico prestado e colocando em risco o sistema financeiro da instituição (MENDES, 1993; LUZ, 1991; CUNHA; CUNHA, 2001).

Na economia, com objetivo de impulsionar o crescimento, o governo anunciou obras gigantescas, como a Transamazônica, a ponte Rio – Niterói e a Usina de Itaipu, financiadas com recursos da previdência, em detrimento da assistência ao trabalhador (BRAGA; PAULA, 1981).

Inspirado novamente, no modelo americano, criou-se uma linha de financiamento, a fundo perdido, para que a iniciativa privada construísse hospitais particulares, visando à ampliação do número de leitos hospitalares para o atendimento dos trabalhadores inscritos na previdência social (BRAGA; PAULA, 1981).

Neste processo, a previdência financiou a construção, os equipamentos e, posteriormente, o tratamento do trabalhador inscrito, expandindo, assim, o complexo previdenciário, propiciando o crescimento de uma nova modalidade assistencial, a medicina de grupo, viabilizada a partir de convênios entre o INPS e as empresas, que seria responsável pela atenção médica de seus empregados (MENDES, 1993).

O convênio-empresa foi o modo de articulação adotado entre o Estado e o empresariado, que viabilizou o nascimento e o desenvolvimento do subsistema que viria a se tornar hegemônico na década de 80, o da atenção médica supletiva (MENDES, 1993).

Buscando contornar os obstáculos criados pela complexidade do sistema previdenciário, pela incapacidade gerencial e pelo aumento de fraudes nos hospitais privados, foi criado, em 1964, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MENDES, 1993; CUNHA; CUNHA, 2001).

Em 1975, com a Lei 6.229, o Estado institucionalizou o modelo médico assistencial privatista com definições sobre as competências das instituições públicas e privadas, com proposição de mecanismos de integração e coordenação. Esta Lei consolidou a separação das ações de “saúde pública” das ações de

“atenção médica”, ficando as primeiras, que não apresentavam rentabilidade, para o setor estatal e as outras, as rentáveis, para o setor privado (MENDES, 1993).

A ação racionalizadora da previdência social, que buscava a centralização administrativa e a expansão da população beneficiária, resultou na criação do Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), que passa a reunir todos os órgãos de assistência médica: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e Central de Medicamentos (CEME) (CUNHA; CUNHA, 2001; PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

O conjunto de políticas públicas da década de 1970 levou a um modelo médico-assistencial privatista assentado no Estado como grande financiador e no setor privado nacional como o maior prestador, tendo o privado internacional como o mais significativo produtor de insumos (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Em 1977, o Ministério da Saúde já reconhecia que o papel primordial da esfera municipal era o de estruturar uma rede de serviços básicos dentro dos princípios da atenção primária, mas, à época, nenhum passo concreto foi dado nesta direção.

A diminuição do orçamento do Ministério da Saúde, responsável pelas ações de saúde pública, evidenciou a pouca importância dessas medidas, para um quadro de saúde pública muito grave, configurado pela ocorrência nos centros urbanos de endemias antes apenas rurais, como a doença de Chagas, pelo retorno da tuberculose, pela vigência da desnutrição e de altas taxas de mortalidade infantil.

Com o fim do “milagre econômico”<sup>1</sup>, cresceram as demandas da população por assistência à saúde, além de o Governo tentar buscar respaldo popular, que não lhe foi conferido nas últimas eleições, realizadas em 1982 (MENDES, 1993).

Faz-se necessário, portanto, desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para contingentes populacionais excluídos pelo modelo previdenciário, que coincide com a proposta internacional de cuidados primários da

---

<sup>1</sup> Expressão utilizada para designar o crescimento econômico da década de 70.



saúde, referenciado na Conferência de Alma-Ata<sup>2</sup>, ocorrida em 1978 (CUNHA; CUNHA, 2001).

A Secretaria de Planejamento da Presidência da República foi responsável pela criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), baseado em experiências de instituições acadêmicas e projetos pilotos, dos Estados de Minas Gerais e Pernambuco. O programa facilitou a entrada de técnicos, oriundos do “movimento sanitário”<sup>3</sup>, no aparelho de Estado. Foi o início da formação do modelo contra-hegemônico de assistência à saúde, que nos anos 80, consolidou-se como processo da Reforma Sanitária<sup>4</sup> (MENDES, 1993).

A economia brasileira entrou numa profunda crise na década de 1980 com a deteriorização da situação cambial, aceleração inflacionária, e de recessão somada ao crescimento dos movimentos sociais e à divisão de forças que apoiavam o governo. Iniciou-se o processo de redemocratização do país, com a instalação da Nova República (MENDES, 1993).

Os novos rumos das políticas de saúde são determinados tendo, como pano de fundo, fatores econômicos e político. Como resultado da política econômica recessiva imposta ao país, emergiu a crise financeira da Previdência Social, tendo como um dos focos geradores dela, a assistência médica.

Segundo Viana (1997, p. 209),

[...] desde a segunda metade dos anos 70 a proposta de reforma dos sistemas de saúde tem sido a tônica das políticas para a área, como forma, fundamentalmente, de diminuir os custos da atenção médica e de racionalizar os gastos dos sistemas de saúde ao lado do apelo para a ampliação de universalização.

Para contornar esta crise, foi proposta também a criação de uma instância reguladora, resultando no Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP) (MENDES, 1993; CUNHA; CUNHA, 2001).

---

<sup>2</sup> As recomendações desta Conferência foram subscrita pelo Brasil. Os participantes reconhecem a atenção primária e a participação comunitária como estratégias para a conquista da meta “Saúde para todos no ano 2000”.

<sup>3</sup> O Movimento Sanitário agregou trabalhadores da Saúde, intelectuais através do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES e Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, alguns parlamentares, engrossado pelo movimento dos Secretários Municipais de Saúde.

<sup>4</sup> A Reforma Sanitária tratou-se de um movimento que nasceu na luta contra a ditadura com o tema Saúde e Democracia, baseado em princípios ideológicos, com ênfase ao papel do Estado e da estrutura econômica como determinantes dos rumos da saúde no país. Buscava a universalidade, gratuidade, descentralização e a participação do usuário.

O resultado das ações do CONASP desembocou na criação, em 1983, das Ações Integradas de Saúde (AIS), projeto interministerial (Previdência – Saúde – Educação), que procurava integrar ações curativas, preventivas e educativas. Nas AIS, o governo, através do INAMPS e de forma convenial, repassava recursos financeiros às Secretarias de Estado e às Secretarias Municipais de Saúde, para a reforma da política de saúde. É o início da universalização no uso de recursos previdenciários.

No início da administração do governo Sarney, as AIS foram fortalecidas, criando-se, para seu aperfeiçoamento, instâncias de gestão colegiada: Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), em nível federal; Comissões Interinstitucional de Saúde (CIS), em nível estadual; Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), entre Municípios; Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS); e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS), nos Municípios (MENDES, 1993).

### **3.2 A Constituição Federal e o SUS**

As Conferências Nacionais de Saúde existiam por lei desde 1941, mas foi, em março de 1986, quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo lema era “Saúde, direito de todos, dever do Estado”, que os trabalhadores da Saúde e os representantes dos movimentos sociais participaram. Por ter sido precedida de Conferências Municipais e Estaduais, esta conferência foi considerada um marco nas políticas de saúde do Brasil, uma conquista dos profissionais de saúde e da sociedade civil (CUNHA; CUNHA, 2001).

O relatório final subsidiou as negociações na Assembléia Nacional Constituinte, que se instalou no ano seguinte, e também na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com a incorporação dos princípios: Universalização, Integralidade da Atenção, Regionalização e Hierarquização, Descentralização do processo decisório, Democratização das instâncias gestoras e Política integrada de recursos humanos.

O SUDS – outra iniciativa de reformulação do Sistema de Saúde – foi implementado através do Decreto 94.657/97, com o objetivo de dar base legal às

ações concretas que o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS)/INAMPS vinha executando – leia-se AIS – e também para superar os conflitos interinstitucionais existentes com o Ministério de Saúde.

Foi a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que a Saúde passou a ser um direito de cidadania e um dever do Estado. Sob o título VIII da Ordem Social, capítulo II da Seguridade Social, a Saúde é definida no artigo 196:

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.

Na definição do SUS, a Constituição Federal, no artigo 198, dispõe:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A partir de então, foi necessário elaborar o referencial teórico e estratégico, além de constituir os métodos e instrumentos de gestão do SUS. Para atender essa necessidade, o SUS foi regulamentado, através de legislações infraconstitucional, reconhecidas como Lei Orgânica da Saúde: Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90.

A Lei 8.080/90 trata da organização básica, suas ações e serviços quanto às condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Importante ressaltar que esta lei sofreu muitos vetos por parte do Presidente da República Fernando Collor de Mello, necessitando de nova lei, para atender o princípio da participação da comunidade. Conseqüentemente, instituiu-se, no mesmo ano, a Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema e as condições para as transferências inter-governamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Baseados nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários (BRASIL, 1990a):

*Universalidade:* entendida como a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão.

*Eqüidade:* garantia de ações e serviços em todos os níveis de atenção, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras. Como as pessoas têm necessidades diferentes, significa, portanto, tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

*Integralidade:* significa considerar a pessoa como um todo. É o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é indivisível e integrante de uma comunidade. Ressalta a importância da integração de ações como a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, além da articulação com outras políticas públicas que possam influenciar na saúde e qualidade de vida das pessoas.

Para orientar o processo de organização do SUS, foram definidas as seguintes diretrizes:

*Regionalização e Hierarquização:* os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida.

*Descentralização e Comando Único:* entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto a ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Cada esfera de governo é autônoma e soberana e a autoridade deve ser exercida por um único gestor, respeitando os princípios gerais.

*Participação Popular:* é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participe do processo de formulação e controle da execução da política de saúde.

Com o propósito de orientar o intenso processo de descentralização estabelecido na Constituição e na legislação do SUS, o Ministério da Saúde tem se valido de instrumentos chamados de Normas Operacionais Básicas (LEVCOVITZ; DIAS DE LIMA; MACHADO, 2001).

As NOBs representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relação entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para Estados e Municípios. São portarias do Ministro da Saúde, de caráter transitório, pois podem ser reeditadas ou substituídas, cujos objetivos estão voltados para a normatização e operacionalização das relações entre as diversas esferas de governo.

Já foram editadas as NOB-SUS 01/91 (BRASIL, 1991), NOB-SUS 01/92 (BRASIL, 1992), NOB-SUS 01/93 (BRASIL, 1993), NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 1996), as NOAS 01/01 e 01/02 (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2002a). Mais recentemente, foi editado o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, possibilitando a atualização das regras nos diferentes estágios de implementação do SUS (BRASIL, 2006a).

*NOB 01/91* – Editada no governo Collor de Mello, pela Presidência do INAMPS, recém incorporado, na época, ao Ministério da Saúde. A partir de então, Estados e Municípios, através de transferência convencional, passaram a receber recursos financeiros federais, por produção de serviços de saúde, impondo um modelo de atenção voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos realizados, com ênfase para as atividades curativas, já que não estava prevista a remuneração para as ações preventivas. Os Estados e Municípios foram transformados em unidades produtoras de serviços da mesma forma que as empresas privadas e conveniadas (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001; CAMPOS, 2001).

*NOB 01/92* – Editada no governo Collor de Mello, através da Portaria 234, de 07/02/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, inova em relação à anterior, por incluir, em seu texto, elementos fundamentais do Capítulo da Saúde da Constituição Federal de 88 e das Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, destacando a condição processual de construção do SUS (SCATENA, TANAKA, 2001). Embora avance um pouco na descentralização, quando trata de financiamento e regulamentação de repasses financeiros, mantém a lógica de sua antecessora, priorizando o financiamento da assistência médica curativa, através de convênios (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001; SCATENA; TANAKA, 2001).

*NOB 01/93* – Editada pelo Ministério da Saúde, no governo Itamar Franco, em maio de 1993 e com vigência efetiva a partir de novembro de 1994 até dezembro de 1998. Diferentemente das anteriores, é resultado de extenso processo de debates entre diversos atores sociais (gestores municipais e estaduais, setor privado, entidades de representação popular e sindical, entidades científicas, etc.), envolvendo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) (CAMPOS, 2001; LEVCOVITZ; DIAS DE LIMA; MACHADO, 2001).

A CIT, criada na esfera federal, como instância de negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores, objetivando a operacionalização da descentralização, é formada por representantes do Ministério da Saúde, por representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e por representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Com o mesmo propósito, na esfera estadual, foi criada a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), formada paritariamente por representantes da Secretaria de Estado da Saúde e da entidade de representação dos Secretários Municipais de Saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001). No caso de Santa Catarina, o Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Esta NOB reorientou o processo de descentralização do SUS, através da criação de níveis de gestão para os Estados (condição de gestão *parcial e semiplena*) e Municípios (condição de gestão *incipiente, parcial e semiplena*), com competências e capacidades administrativas e financeiras distintas. Além de romper com a exigência do instrumento convenial para a transferência de recursos federais, para o nível de gestão *semiplena*, estabeleceu a transferência automática para os fundos municipais de saúde (CAMPOS, 2001; LEVCOVITZ; DIAS DE LIMA; MACHADO, 2001).

*NOB 01/96* – Editada no governo Fernando Henrique Cardoso, através da Portaria do Ministério da Saúde de nº 2.203, em 6 de novembro de 1996, porém com vigência a partir de fevereiro de 1998. Introduz inovações na gestão do sistema de saúde, com destaque para a proposta de planejamento, através da Programação Pactuada Integrada (PPI), instrumento negociado entre gestores, de definição dos critérios de alocação dos recursos entre Municípios; criação do Piso de Atenção Básica (PAB), composto de uma parte fixa (de R\$ 10,00 a R\$ 18,00 *per capita/ano*), com base na média da produção dos procedimentos considerados básicos, realizados em 1996 e, de uma parte variável, condicionado à implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF), Assistência Farmacêutica Básica, Vigilância Sanitária e Combate a Carências Nutricionais, além da inclusão das ações de Vigilância Epidemiológica e Controle de Endemias, a partir de 1999.

O Programa Saúde da Família objetiva priorizar as ações de proteção, promoção e recuperação da saúde das famílias e usuários do sistema de saúde com

o propósito de buscar a igualdade para aqueles que fazem parte de uma realidade desigual.

Esse programa baseia-se nas unidades de saúde da família, que não são, obrigatoriamente, novas estruturas de serviços, mas novas atitudes que substituem as práticas tradicionais por um novo processo centrado na vigilância à saúde. Inicia-se, então uma prática de atenção básica que cria um vínculo de responsabilidade com a população, de modo que cada pessoa é vista de forma integral. (ALVES, 2000, p. 66).

Para atender tais propósitos, estabeleceu-se nova forma de repasses financeiros, com transferência regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Esta norma também apresenta melhor definição quanto às competências dos três níveis de governo, com novas formas de gestão para Estados (Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual) e para os Municípios (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal). Importante ressaltar que algumas dessas alterações não constavam do conteúdo original da NOB, mas com o objetivo inicial de estabelecer medidas necessárias a sua implementação, o Ministério da Saúde publicou outras portarias, que resultaram na sua modificação, principalmente no que se refere à forma e aos instrumentos de financiamento (CAMPOS, 2001; LEVCOVITZ; DIAS DE LIMA; MACHADO, 2001; CORDEIRO, 2001; SCATENA; TANAKA, 2001; CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001).

*NOAS – SUS 01/2001* – Editada em janeiro de 2001, resultado de discussões que envolveram setores do Ministério da Saúde e atores dos três níveis de governo, através do CONASS e do CONASEMS, além do CNS. Estabeleceu critérios e estratégias de regionalização da assistência, reorientando o processo de descentralização do sistema, fomentando a organização de sistemas que ultrapasse os limites territoriais municipais, com o objetivo de facilitar o acesso dos cidadãos à assistência integral, bem como facilitar comportamentos cooperativos entre os gestores, porém atribuindo maiores poderes às Secretarias Estaduais de Saúde (CAMPOS, 2001). Também definiu as responsabilidades e o conjunto de ações, as Ações Estratégicas Mínimas (AEM – AB), que todos os Municípios devem desenvolver no âmbito da atenção básica: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabete *melittus*,

ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher (BRASIL, 2001a).

*NOAS – SUS – 01/2002* – Editada em fevereiro de 2002, incorporou mudanças referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. Manteve as diretrizes organizativas definidas pela NOAS 01/01 (BRASIL, 2002a).

*PACTO PELA SAÚDE* – Em 2006, os gestores dos três níveis de governo assumem o compromisso da construção de um Pacto pela Saúde, tendo como base os princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população. Pactuaram pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão do Sistema. Na prática, é a substituição dos processos de habilitação, especificados nas normas anteriores, pela adesão solidária aos Termos de Compromisso, no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde. As diretrizes operacionais foram oficializadas através da publicação da Portaria/GM n. 399/2006 (BRASIL, 2006a) e regulamentadas pela Portaria n. 699/GM, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006b). O instrumento deverá ser formulado em cada um dos Municípios e é declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e a população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2006b).

Segundo as diretrizes operacionais do Pacto, os municípios são responsáveis pela integralidade da atenção à saúde de sua população, exercendo-a de forma solidária com o Estado e a União, de forma a assumir a gestão e execução das ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção à saúde, no seu território.

Visando ao fortalecimento destas diretrizes, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, definindo como áreas estratégicas de atuação: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006c).

A Portaria 493/GM, de 10 de março de 2006, aprovou a relação de indicadores da atenção básica que devem ser pactuados entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde.



Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas, ou seja, são medidas-síntese que contêm informações sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, como também no desempenho do sistema de saúde. Analisados em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. Espera-se que possam ser analisados e interpretados com facilidade e que sejam entendidos pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde (RIPSA, 2008).

Para a área Saúde da Mulher, são indicadores a serem considerados: proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados; proporção de nascidos vivos de mães com 4 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; razão de mortalidade materna; proporção de partos cesáreos; proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2006f).

Para maior clareza, a seguir, são descritos cada um dos indicadores:

- Razão de mortalidade materna, conceituada como o número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado, sendo obtida por meio da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna}}{\text{número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100.000$$

- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, conceituada como o percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, em relação ao total de óbitos em idade fértil, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, obtida por meio da fórmula abaixo:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de mulheres entre 15 e 49 anos investigados}}{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de mulheres entre 15 e 49 anos}} \times 100$$

- Proporção de nascidos vivos de mães que realizaram de 4 a 6 consultas de pré-natal, obtida através da fórmula abaixo:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos de mulheres residentes, que realizaram de 4 a 6 consultas de pré-natal}}{\text{n}^\circ \text{ total de nascidos vivos de mulheres residentes}} \times 100$$

- Proporção de nascidos vivos de mães que realizaram 7 consultas de pré-natal, obtida através da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos de mulheres residentes, que realizaram 7 consultas de pré-natal}}{\text{n}^\circ \text{ total de nascidos vivos de mulheres residentes}} \times 100$$

- Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária, obtida através da fórmula a seguir:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos}}{\text{população feminina de 25 a 59 anos}} \times 100$$

- Proporção de partos cesáreos, conceituada como o percentual de partos cesáreos no total de partos hospitalares, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, obtida calculando-se:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos de partos cesáreos}}{\text{n}^\circ \text{ total de nascidos vivos de partos hospitalares}} \times 100$$

### 3.3 A organização da atenção básica

Numa perspectiva histórica, é importante lembrar que algumas das bases das práticas de saúde, com foco na proteção social coletiva, foram originadas na Antiguidade e Idade Média.

Porém, a partir do século XVI, as transformações ocorridas se tornaram mais expressivas. Nesse período, a ascensão da burguesia ao poder, na Inglaterra, e suas repercussões políticas, econômicas e sociais geraram acontecimentos importantes que influenciaram as políticas de proteção social até a atualidade. Entre eles, destacam-se: (a) revolução tecnológica (Primeira Revolução Industrial); (b)

formação gradual de uma nova classe, o proletariado urbano; (c) adoção de legislação de proteção social, tendo como parâmetro na Lei dos Pobres Elizabeteanos, de 1601; (d) urbanização acelerada; (e) surgimento de um pensamento social em saúde; e (f) transição gradual entre a responsabilização local das freguesias pela proteção social e a do Estado Moderno, inaugurando, segundo Rosen (1994 *apud* GOULART, 2002), a *Era do Homem Econômico*.

É também, na Inglaterra, ainda no início do século XX, que o surgimento de importantes mudanças na forma de organização dos sistemas de saúde, provocou influências em todo o mundo ocidental (STARFIELD, 2002).

A formulação, originada na Grã-Bretanha, após a instituição do seguro nacional de Saúde, cuja organização do sistema de serviços de saúde era formada por três níveis de atenção: a mais básica, formada pelos centros de saúde primários, apoiado por um nível secundário; os centros de saúde secundários, com especialistas que forneciam atenção por consultas, que também eram apoiados por um nível terciário, baseado em hospitais escola para atenção às doenças mais incomuns e complicadas, subsidiou teoricamente o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços, de forma a atender aos diversos níveis de necessidade de serviços médicos da população. Essa concepção organizacional forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, a partir da segunda metade do século XX (STARFIELD, 2002).

A catalogação da atenção primária como doutrina iniciou-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em Alma-Ata, em 1978, sob auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a infância.

Os princípios foram declarados na Conferência de Alma-Ata (1978), que conceituou a atenção primária à saúde e especificou que os seus componentes fundamentais eram:

educação em saúde; saneamento ambiental; programas de saúde materno-infantis; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002, p. 31).

Subseqüentemente, em 1979, mediante a Resolução WHA 32.30, instou a todos os Estados membros a definir e pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar metas de “Saúde para Todos no Ano

2000”, ou seja, nível de saúde suficiente, que permita a todo cidadão levar vida social e economicamente produtiva.

O conceito de *atenção primária à saúde*, confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde, em maio de 1979, foi definido como:

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

Para Starfield (2002), a Atenção Primária de Saúde é o nível de um sistema de saúde que oferece o amplo acesso para todo novo problema ou necessidade, isto é, a porta de entrada no sistema, centrado mais na pessoa do que na doença e com capacidade de oferecer atenção à maioria dos agravos à saúde. Além disso, por ser a base do sistema referencia a atuação dos demais níveis do Sistema de Saúde.

Apesar da consagração da atenção básica como a principal estratégia de saúde pública para o enfrentamento dos problemas de saúde dos países subdesenvolvidos, a medicina ocidental tradicional, com ênfase nos fenômenos biológicos, continuou sendo o modelo de atenção predominante.

Mesmo utilizando uma nomenclatura diferente, no Brasil, a atenção primária, referida mais freqüentemente como atenção básica, é baseada nos mesmos conceitos contidos na Declaração de Alma-Ata, a despeito das particularidades da organização do SUS.

Foi, principalmente na segunda metade da década de 1970, que cresceu a discussão sobre a necessidade de reforma nas políticas de saúde brasileira, fortalecendo o movimento contra-hegemônico da Reforma Sanitária, que nasceu na luta contra a ditadura militar e estruturou-se nas Universidades, no movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços, com a

incorporação do conceito de Atenção Primária à saúde, difundido pela Organização Mundial de Saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001).

Nesse período, timidamente, foram implantados os Postos de Saúde, que foram pensados como “porta de entrada” de um sistema público de saúde, com proposta de atenção primária, voltados a atender à crescente necessidade da população, produzidos por problemas decorrentes da urbanização e do empobrecimento, porém restrito à população previdenciária, organizada de forma centrada na assistência hospitalar e curativa, não respondendo aos problemas de saúde da população (BOTAZZO, 1999).

A partir da década de 80, as áreas assistenciais à saúde foram se estendendo na Atenção Primária, com a implantação de programas específicos, oficializados pelo Ministério da Saúde, voltados à assistência integral à saúde de grupos populacionais (Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto – PAISA; Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM; Programa de Atenção à Saúde do Adolescente – PROSAD; Programa de Atenção à Saúde da Criança – PAISC, dentre outros) através de ações e práticas programáticas.

Para reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica no Brasil, o Ministério da Saúde implantou o PSF, em 1994, sendo este uma estratégia nacional prioritária, em conformidade com os preceitos do SUS.

Em 2006, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Básica, pensando na realidade brasileira e nos princípios organizativos do SUS, caracterizando a Atenção Básica:

por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção a saúde. É desenvolvida através do exercício das práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utilizam-se tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas de saúde de mais frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006c).

Essa política partiu da necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil,

focado no Programa de Saúde da Família e Programa dos Agentes Comunitários de Saúde.

### **3.4 A implantação do Programa Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo assistencial**

Dentre os vários problemas para a efetiva implantação do SUS, é destaque a persistência do modelo assistencial, baseada na doença e em ações curativas individuais (VIANA; DAL POZ, 2005).

Na década de 90, período em que o país atravessava instabilidade econômica, também eram significativas as mudanças no campo demográfico, com diminuição do crescimento populacional e da taxa de fecundidade. A tendência verificada, posteriormente, foi o crescimento nulo, ou até negativo, para os grupos etários mais jovens, crescimento decrescente para as faixas etárias adultas e taxas crescentes para o grupo de terceira idade (VIANA; DAL POZ, 2005).

A rápida transformação da estrutura etária da população, que alterou também o seu perfil epidemiológico, incidiu na saúde, tendo em vista a necessidade da adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções voltadas para a idade adulta e para a terceira idade, comprovadamente de maiores custos (VIANA, DAL POZ, 2005).

O somatório do acúmulo da queda de financiamento, a exclusão social, problemas de imagem do sistema frente aos usuários, desencadearam, no início dos anos 90, a chamada *crise da saúde* (GOULART, 2002).

Para efeito de contribuição, Faveret e Oliveira (1989) criaram a expressão “universalização excludente”, como forma de demonstrar, por um lado, a associação da inclusão de milhões de indigentes com uma “expansão por baixo” e a renúncia de trabalhadores mais qualificados e da classe média da assistência pública pelo SUS, qualificando-a uma “exclusão por cima”.

Em diversos países, a década de 90 foi marcada pelas reformas dos sistemas nacionais de saúde. No Brasil, segundo a classificação de France (1997 *apud* VIANA; DAL POZ, 2005) podemos especificar dois tipos de reformas: a reforma do tipo *big bang*, que introduz modificações expressivas e significativas no

funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida (em espaço de tempo curto) e pontual, que ocorreu em 1988, com a criação do SUS; e a do tipo *incremental*, que se baseia em pequenos ajustes sucessivos e é definida *como um conjunto de modificações no desenho e operação da política*, iniciada a partir de 1995.

Segundo Viana e Dal Poz (2005), a crise da saúde foi um dos mais fortes motivos para se realizar a reforma *incremental do SUS*, ou seja, a reforma da reforma no Brasil.

Conforme, ainda, Viana e Dal Poz (2005, p. 3):

O conjunto de mudanças pode ocorrer, separada ou simultaneamente, nas formas de organização dos serviços (mudanças nos sistemas e nas unidades prestadoras), nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde ou, ainda no modelo de prestação de serviços (modelo assistencial).

A implantação do PACS e do PSF, considerados instrumentos essenciais na mudança do modelo assistencial operado dentro do SUS, provocou alterações nas modalidades de alocação de recursos, nas formas de remuneração das ações, na organização dos serviços e nas práticas assistenciais em nível local, portanto, no processo de descentralização. Constituíram-se, dessa forma, uma estratégia de *reforma incremental* do sistema de saúde no Brasil (VIANA; DAL POZ, 2005).

O PACS, formado por agentes de saúde selecionados na própria comunidade de atuação do programa, foi formulado com o objetivo principal de contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna nas regiões Norte e Nordeste, com a extensão dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desprovidas.

Cabe lembrar que, com o Programa de Agentes Comunitários, principiouse o enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não mais no indivíduo, além de introduzir a noção de área de cobertura, por família.

O PACS foi considerado um braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, tendo em vista a exigência de requisitos na adesão ao Programa. Para aderir ao PACS, o município deveria comprovar o funcionamento do conselho municipal de saúde, a existência de uma unidade básica de referência do programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e a criação do fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa (VIANA; DAL POZ, 2005).

Com base em experiências vividas, desde 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, no enfrentamento dos altos índices de morbimortalidade materna e infantil nas regiões Norte e Nordeste do País, o Ministério da Saúde lançou, em março de 1994, mas com expressão nacional em 1995, o Programa Saúde da Família apresentado como estratégia de mudança do modelo dos serviços assistenciais do SUS, com a organização e fortalecimento dos serviços da atenção básica (BRASIL, 2003a).

Importante ressaltar que foi concebido na gestão do ministro Henrique Santillo, em resposta a uma demanda dos secretários municipais de saúde, que buscavam no Ministério da Saúde, apoio financeiro para realizar mudanças na forma de operar a rede básica de saúde, expandindo o programa de agentes comunitários com a incorporação de outros profissionais especializados (VIANA; DAL POZ, 2005).

Criado, inicialmente, como um programa na Fundação Nacional de Saúde, com a concepção de fazê-lo instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definiu-se que a sua implantação ocorreria, prioritariamente, em áreas de risco, incluída na identificação do *Mapa da Fome*, e, tendo como mecanismo de financiamento, convênio entre Ministério da Saúde, Estados e Municípios, com exigências de contrapartidas (VIANA; DAL POZ, 2005).

Em 1995, com a posse de ministro Adib Jatene, no Ministério da Saúde, o programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), na qual se iniciaram as discussões da mudança de financiamento. Superou-se a forma convencional e, a partir de 1996, a remuneração das ações do PSF, de forma diferenciada (a consulta equivalia ao dobro da consulta do SUS), passaram a ser orientada pela tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) (VIANA; DAL POZ, 2005).

Como a remuneração por procedimentos é limitada, por não incluir todas as ações desenvolvidas, como as atividades de prevenção, a educação em saúde, dentre outras, surgiu a necessidade de combinar diferentes tipos de remuneração, especificadas nas Normas Operacionais Básicas, descritas anteriormente.

Ainda, do ponto de vista institucional, em 1999, o Programa Saúde da Família foi transferido para o Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), órgão formulador de políticas e estratégias do Ministério da Saúde (GOULART, 2002).



O PSF evidenciou-se por ter sido um instrumento de organização dos sistemas locais de saúde, tendo em vista a exigência de pré-requisitos para a assinatura de convênios (funcionamento do Conselho e do Fundo Municipal de Saúde); por ter servido de instrumento de pressão no processo de descentralização, exigindo dos Municípios a habilitação na NOB-93, com vistas ao recebimento de recursos; influenciou na mudança dos critérios de pagamento do sistema, com a adoção de transferência *per capita*, através da NOB-96 (VIANA; DAL POZ, 2005).

A concepção de expandir e de qualificar a atenção básica, por meio da estratégia da Saúde da Família, supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidades (BRASIL, 2004).

A Saúde da Família, entendida como estratégia de reorientação do modelo assistencial, é operacionalizada através da implantação de equipes multiprofissionais, em unidades básicas de saúde, formadas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, dispõe de um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2004).

Cada uma destas equipes é responsável pelo acompanhamento de cerca de três a quatro mil e quinhentas pessoas ou de mil famílias de uma determinada área geográfica delimitada (BRASIL, 2004). Tem jornada de trabalho de 40 horas semanais e atua nas unidades Básicas de Saúde, nas residências e na mobilização da comunidade. Pretende caracterizar-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido e população delimitada, sob sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2004).

Para alcançar seu objetivo de prestar assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita, na perspectiva da família, o Ministério da Saúde, através da Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) dentro

das diretrizes dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão, reafirmou como princípios norteadores da estratégia da Saúde da Família:

*Caráter substitutivo:* em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes da Saúde da Família atuam. Implantar a estratégia desta forma significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população.

*Territorialização:* a equipe deve atuar no território de abrangência definido, sendo responsável pela realização de cadastramento domiciliar da população a ela referida, bem como pelo acompanhamento das situações de exposição a agravos, das condições do ambiente e das ações programáticas de maneira pactuada com a comunidade onde atua, mantendo postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população.

*Planejamento e Programação descentralizados:* desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizadas com base nas informações epidemiológicas e sociais da população e tendo como foco a família e a comunidade.

*Integralidade e Intersetorialidade:* a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, sendo o primeiro contato da população com o sistema de saúde do município. Mas, elas devem estar vinculadas à rede de serviços, de modo que seja assegurada a referência e a contra-referência para serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim o exigir. As Equipes de Saúde da Família devem atuar de forma intersetorial, buscando a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias, procurando intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que tenha efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde de indivíduos-família-comunidade.

*Espaço de construção de cidadania:* deve realizar permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la, estimular sua participação e envolvê-la no planejamento, gestão e avaliação da saúde local, pelo acompanhamento de indicadores de saúde da área de abrangência.

Inicialmente, o Programa Saúde da Família não encontrou cenário favorável à sua implantação, pela ausência de definições quanto ao financiamento e política de recursos humanos, fatores indispensáveis ao seu desenvolvimento. Associado a isso, o trabalho de conscientização da comunidade foi outro desafio para esta ação estratégica (BRASIL, 2003a).

A implantação da NOB 01/96, em fevereiro de 1998, criou o PAB, com uma parte fixa, repassada diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, valor *per capita*, calculado no número de habitantes do município, destinado à assistência básica e, de uma parte variável, para o desenvolvimento de ações estratégicas da própria Atenção Básica, como o PACS e a Saúde da Família, modificando, portanto, a lógica de financiamento, anteriormente baseada na produção de serviços, contribuiu sobremaneira para a expansão do Programa país afora (BRASIL, 2003b).

Até o ano de 2006, o Ministério da Saúde registrou a implantação de 26.729 Equipes de Saúde da Família, num total de 5.106 municípios brasileiros, representando a cobertura de 46,2% da população, isto é, 85,7 milhões de pessoas (BRASIL, 2007). Mesmo assim, ainda são dois os modelos de assistência em vigência no SUS: o tradicional e o da família.

Todas estas informações nos reportam às reflexões de Santos e Andrade (2007), os quais demonstram que as tentativas de organização do sistema de saúde foram ditadas pelo financiamento federal e não pelas necessidades de saúde da população. Ou seja, é reconhecer que o conceito do SUS, registrado na Constituição Federal e regulamentado nas Leis 8080/90 e 8142/90, nem sempre foi o que orientou a sua organização, mas sempre o financiamento federal regulado por normas operacionais federais (SANTOS; ANDRADE, 2007). As normas operacionais, em que pese auxiliarem na operacionalização da descentralização do sistema, ao introduzir mecanismos de transferência de recursos financeiros, dificultaram a construção de uma política de saúde baseada nas necessidades locais, já que induziu a adoção de programas não definidos localmente. Os municípios, dependentes de recursos federais, passaram a ser simples executores da política estabelecida pelo nível federal (MARQUES; MENDES, 2003).

Importante, portanto, discutir se, num país tão diversificado quanto o Brasil, um mesmo programa ou estratégia de assistência, como se apresenta a Saúde da Família, atende a essas especificidades. As metas pactuadas dos

indicadores de saúde da Atenção Básica são atingidas através da estratégia de Saúde da Família?

Como esta estratégia tem se expandido País afora, cujos municípios são heterogêneos, é de extrema importância ter o processo de avaliação como uma rotina a ser respeitada.

Considerando que há um conjunto de programas em execução, voltados para o atendimento da saúde dos brasileiros, contextualizaremos, a seguir, apenas a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, foco da presente investigação.

### **3.5 Política nacional de atenção à saúde da mulher**

Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento das mulheres, elaborou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984 *apud* BRASIL, 2004).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984 *apud* BRASIL, 2004).

O processo de implantação e implementação do PAISM apresentou especificidades no período de 1984 a 1989 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

Em 2004, foi instituído, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde.

Estudos realizados para os estágios de implementação da política de a saúde demonstraram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os Municípios, podendo-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (BRASIL, 2004).

Visando ao enfrentando desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/ 02), que

amplia as responsabilidades dos Municípios na Atenção Básica, define processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios (BRASIL, 2001).

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevêem a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios (COELHO, 2003 *apud* BRASIL, 2004).

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), destaca-se:

- Atenção integral à saúde da mulher no SUS, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.

- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais.

- A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.

- Estabelecer uma dinâmica inclusiva na gestão da política de Atenção à Saúde, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais.

- As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, em todos os âmbitos.

- A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde, da básica à alta complexidade.

- O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços, em todos os níveis.

- A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher, a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

- A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc.

- A prática em saúde deverá nortear-se pela humanização.

- No processo de elaboração, execução e avaliação da Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher.

- Participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher.

- No âmbito do setor saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação, mais abrangente e horizontal, além de permitir o ajuste às diferentes realidades regionais.

- As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.

### 3.6 Avaliação em saúde

A avaliação é parte integrante e necessária do planejamento e indispensável no processo de tomada de decisão, devendo, portanto, ser um procedimento rotineiro na gestão dos serviços de saúde (CESAR; TANAKA, 1996).

A busca por melhoria da qualidade dos serviços de saúde tem sido o grande desafio dos gestores do SUS, principalmente pela incipiente cultura da utilização de práticas de avaliação no processo de planejamento e gestão dos serviços. A utilização de processos avaliativos contribui para que tanto os gestores e profissionais quanto usuários tenham informações facilitadoras à tomada de decisão para a definição de estratégias de intervenção, para o alcance da resolutividade do sistema (BRASIL, 2005).

Para a Organização Mundial de Saúde, que vincula o processo avaliativo ao planejamento, a avaliação deveria ser utilizada para extrair lições da experiência e aprimorar atividades em curso ou a serem implantadas (OMS, 1981 *apud* FURTADO, 2001). Cohen e Franco (1998 *apud* FURTADO, 2001) expõem que a avaliação deve apontar para a maximização da eficácia dos programas e para a obtenção da eficiência na utilização dos recursos.

Contandriopoulos e colaboradores (1997) apresentam a definição de avaliação. Trata-se de

um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (Avaliação Normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (Pesquisa Avaliativa).

A Pesquisa Avaliativa é definida Contandriopoulos e colaboradores (1997) como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Busca-se analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa.

Pode se decompor em seis tipos de análise a Pesquisa Avaliativa: estratégica, de intervenção, da produtividade, da implantação, do rendimento e dos efeitos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Realizar pesquisa avaliativa de uma

intervenção consiste em utilizar uma ou mais destas análises, assim definidas por seus autores:

- Análise estratégica: trata-se de analisar a pertinência de uma intervenção;
- Análise da intervenção: consiste em estudar a relação que existe entre os objetivos da intervenção e os meios empregados;
- Análise da produtividade: consiste em estudar o modo como os recursos são usados para produzir serviços;
- Análise da implantação: consiste em medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção, nos seus efeitos, além de estudar a influência do ambiente em que a intervenção está implantada, nos efeitos da intervenção;
- Análise dos efeitos: consiste em avaliar a influência dos serviços sobre os estados de saúde;
- Análise do rendimento: consiste em relacionar a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos;

A escolha do tipo de análise da pesquisa avaliativa depende, portanto, da estratégia de pesquisa, com a utilização de um ou vários desenhos de estudo e das perspectivas dos atores envolvidos na intervenção (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Os serviços de saúde registram grande quantidade de informações que não são utilizadas nem para análise da situação, nem para a definição de prioridades e reorientação de práticas. Quando se busca tratar a avaliação de forma sistemática, enfrenta-se o problema da diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que se refere aos seus atributos e componentes (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Ainda, nas reflexões de Silva e Formigli (1994), os atributos, características das práticas de saúde e da sua organização social, estão assim agrupados:

- a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade);
- b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto);
- c) relacionados com os custos das ações (eficiência);



d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica);

e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade).

Aprofundando as considerações sobre análise de implantação, definida como estratégia de pesquisa para este estudo, recorre-se a Denis e Champagne (1997), para os quais a análise de implantação busca entender as condições de implantação das intervenções e os processos de produção dos efeitos, apoiados em três componentes: 1) os determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções; 2) as variações da implantação na sua eficácia; 3) a interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

É importante ratificar que, segundo Trad e Bastos (1998), no processo de avaliação, a definição do enfoque, a escolha do método e a exposição dos resultados se constituem num espaço de conflitos. Desse modo, faz-se necessária a construção de critérios e estratégias de avaliação que se moldem à natureza do processo em questão.

## **4 METODOLOGIA**

Procedeu-se a uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu segundo componente (análise das variações da implantação nos efeitos observados) do Programa Saúde da Família, considerando uma das sete áreas estratégicas mínimas da NOAS 01/02 e reafirmadas no Pacto pela Saúde - ações de saúde da mulher. O estudo foi feito no município de São José e o universo pesquisado envolveu 40 equipes do PSF, número que coincide com o total das equipes implantadas no Município.

Este tipo de estudo se aplica quando a intervenção realizada é complexa e apresenta resultados variáveis, influenciados por diferentes contextos. A aproximação do objeto ocorreu através de estudo de caso único.

O grau de implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica no conjunto da Equipe de Saúde da Família (ESF) foi obtido mediante uma avaliação normativa realizada em dezembro de 2007, tomando como base as responsabilidades e atividades preconizadas pela NOAS - 01/02-SUS e ratificadas no Pacto da Saúde. O estudo teve caráter censitário ao abranger a totalidade das equipes da estratégia de Saúde da Família para a avaliação do grau de implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica através das entrevistas realizadas junto às equipes e ao analisar os indicadores de resultados correlatos no âmbito do município.

### **4.1 Coleta dos dados**

Para avaliar o grau de implantação da área da saúde da Mulher pelas equipes da estratégia de Saúde da Família no município de São José/SC, utilizaram-se dados primários, coletados por meio de um questionário construído por Cavalcante (2004), com adaptações (Anexo G), considerando que esse instrumento foi validado e contempla as áreas de atuação da Atenção Básica.

A fim de construir a ferramenta de coleta de dados, a primeira etapa consistiu em pesquisar os instrumentos de avaliação existentes nas áreas de saúde da mulher, saúde da criança, do controle da hipertensão e da diabetes *mellitus*, do controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal. Posteriormente, procedeu-se à análise e verificou-se a compatibilidade desses instrumentos com as responsabilidades e atividades da atenção básica especificadas na NOAS-SUS 01/02. Após consulta às normas técnicas, elaborou-se um questionário preliminar, que foi apreciado por especialistas de cada uma das áreas, como segunda etapa desse processo.

Como terceira etapa, realizou-se teste piloto, aplicando o questionário em quatro Equipes de Saúde da Família, com o objetivo de validar o instrumento. A quarta etapa consistiu em readequar o questionário, com base nas observações dos profissionais entrevistados, conforme procedimentos sugeridos por Cavalcante (2004).

O questionário adaptado foi aplicado na íntegra, porém, para as análises, efetuou-se um recorte relativo ao Programa Saúde da Mulher, com enfoque no pré-natal, prevenção do câncer cérvico-uterino e planejamento familiar.

Nas palavras de Cavalcante (2004),

o questionário foi composto por uma parte introdutória abordando questões gerais; um núcleo central com perguntas específicas à estrutura e aos processos dos cuidados em saúde nas áreas estratégicas; e um bloco final, comum a todas as áreas, denominado 'questões complementares'.

Os dados secundários utilizados foram referentes aos indicadores de resultados para a área estratégica, obtidos por intermédio dos vários bancos de dados nacionais: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC), Sistema de Agravos Notificáveis (SINAN), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de São José. Os dados demográficos do município foram obtidos por estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística referentes ao período de 2007.

Após as adaptações, foram realizadas 51 questões, sendo nove para a parte introdutória e 42 para as ações de Saúde da Mulher. No final de cada

pergunta, foram explicitadas as regras de decisão e critérios para classificar as respostas positivas.

#### 4.1.1 Descrição das variáveis

Foram analisadas as variáveis colhidas através de algumas perguntas referentes à implantação do Programa de Saúde da Mulher, com intuito de contemplar os objetivos estipulados na pesquisa. São elas: **Pré-natal, prevenção de câncer cérvico-uterino e planejamento familiar.**

#### 4.1.2 Processo de coleta de dados

A coleta de dados primários foi precedida de reunião com a então Secretária Municipal de Saúde para esclarecimentos dos objetivos da pesquisa e com a apresentação de ofício da orientadora do projeto.

Posteriormente, houve reunião com a diretora da Atenção Básica, para planejamento do trabalho de campo. As entrevistas foram agendadas diretamente pela diretora e confirmadas pela entrevistadora, para que não atrapalhasse a rotina das equipes.

O trabalho de campo foi desenvolvido no período de novembro e dezembro de 2007, mediante a aplicação do questionário, entrevistando os profissionais de nível superior, médico ou enfermeiro, das 40 Equipes de Saúde da Família, no próprio local de trabalho.

A entrevista junto aos profissionais das Equipes de Saúde da Família foi realizada por uma enfermeira sanitária e por uma assistente social, com domínio teórico e prático do instrumento. Dessa forma, os participantes do estudo foram orientados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram, individualmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 4.2 Análise dos dados

Os dados obtidos das variáveis foram codificados manualmente e digitados em uma base de dados da planilha do Excel. Porém, o grau de implantação para área estratégica da saúde da mulher foi construído considerando o número de respostas positivas da área nas equipes da eSF em relação ao total de perguntas da área. A classificação do grau de implantação seguiu os seguintes critérios adotados em metodologia validada e aplicada por Cavalcante (2004): "Implantado": entre 80 e 100% de respostas positivas; "Parcialmente implantado": entre 60% e menor que 80% de respostas positivas; e "Não implantado": abaixo de 60% de respostas positivas

O plano de análise considerou o grau de implantação para área estratégia da saúde da mulher na estratégia de Saúde da Família (atenção básica) e a relação entre o grau de implantação e os indicadores de resultados encontrados. Essa relação baseou-se na coerência entre os graus de implantação e os parâmetros de avaliação definidos para os indicadores da área.

## 4.3 Aspectos éticos

Acredita-se que os princípios éticos devem permear toda a construção e aplicação da prática educativa, pois, mais do que registradas em um documento impresso, as questões éticas são vigentes nas interrelações e processos comunicativos estabelecidos entre o pesquisador e os sujeitos do estudo (BRASIL, 1996).

Este estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIVALI sob a responsabilidade da Professora Dr<sup>a</sup>. Adriana M. Rossetto, sendo, ainda, regido pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, que incorpora, na sua coletividade, quatro referências básicas da bioética, a saber:

Autonomia: respeitar a autodeterminação do indivíduo, considerando-o como ser racional e livre, não limitar suas escolhas, ou interferir em suas decisões;

Não-maleficiência: refere-se ao dever de evitar qualquer mal ou qualquer situação de risco desnecessário ao indivíduo;

Beneficência: compreende-se como a obrigação de ajudar, estando em favor dos interesses do indivíduo. É a base de todos os deveres que o profissional de saúde tem. Implica agir sempre para o bem do indivíduo;

Justiça: implica conceder a todos o direito de receber assistência à saúde quando precisar, considerando que todos tenham as mesmas oportunidades de desfrutá-la, para que haja distribuição adequada dos benefícios sociais.

#### **4.4 Devolutivas dos resultados**

Será encaminhado ao município de São José, ao final do estudo, um relatório completo contendo os seus resultados, sendo estes apresentados ao gestor e aos coordenadores dos Centros de Saúde do município, bem como sugestões para medidas adicionais de estratégias e resgates dos programas referenciados pelos coordenadores dos mesmos e pelas Equipes de Saúde da Família.

## 5 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO JOSÉ

Para seleção do município-caso foi considerado como critério o fato de a pesquisadora ter sido Secretária da Saúde do Município no período de 1994 a 2003, tendo implantado a estratégia de Saúde da Família em sua gestão no ano de 2001, além de ter exercido o mandato de vereadora no referido município e de Presidente da Comissão de Saúde e Educação da Câmara de Vereadores, estando portanto, envolvida com as questões de Saúde do mencionado município.

Assim, o estudo foi realizado no município de São José, estado de Santa Catarina, que possui uma área de 116 km, situado na Região da Grande Florianópolis e com uma população estimada em 201.103 habitantes, segundo estimativa do Censo do IBGE (2006). Limita-se a Leste com a Baía Sul da Ilha de Santa Catarina, a Oeste com São Pedro de Alcântara e Antônio Carlos, a Norte com Biguaçu e Florianópolis e a Sul com a cidade de Palhoça. É um dos maiores pólos de desenvolvimento econômico do Estado.

O município de São José, a quinta maior economia de Santa Catarina, reconhecida como cidade dormitório, passou por profundas transformações político-administrativas, com a cassação do Prefeito Municipal, em meados de 1994. Com a posse do vice-prefeito, deu-se início a um projeto de desenvolvimento urbano, com o objetivo primordial de consolidação da identidade do povo josefense.

Na área da Saúde, poucos eram os serviços disponíveis, mesmo possuindo 150.499 habitantes (IBGE, 1994). O município contava com os Postos de Saúde de São Pedro de Alcântara, Santa Tereza, Santana, Fazenda Santo Antônio, Serrarias, Procasa, Barreiros e Areias. Recebeu, neste mesmo ano, da Secretaria de Estado da Saúde, por conta da política de municipalização, os Centros de Saúde de Forquilha, do bairro Bela Vista e os recursos humanos e equipamentos do Posto de Atendimento Médico (PAM) do INAMPS, já que o prédio era alugado e, por decisão judicial, teve de ser desocupado. Importante ressaltar que todas estas unidades estavam em precárias condições físicas.

O primeiro passo para a construção do Sistema de Saúde no Município foi dado no sentido de envolver os profissionais da saúde neste processo. Foram realizadas reuniões, em todos os Centros de Saúde, com todos os servidores públicos, independente do vínculo empregatício municipal, estadual ou federal,

considerando que haviam sido cedidos por conta da municipalização. As reuniões discutiam a apresentação do novo Gestor, a necessidade de diagnosticar os problemas da Unidade de Saúde (físicos, equipamentos, recursos humanos), o SUS e o processo de municipalização.

No ano de 1995, foram reformados os Centros de Saúde do bairro Bela Vista, Serrarias, Procasa, Fazenda Santo Antônio e Areias, além da implantação da Policlínica Municipal, em prédio locado para este fim. No ano seguinte, foram construídos os Centros de Saúde de Picadas do Sul, do Zanelatto e do Ipiranga, todos com 246 m<sup>2</sup>, além da reforma e ampliação dos Centros de Saúde da Santana e de Forquilha (SÃO JOSÉ, 1996).

Com a emancipação do Distrito de São Pedro de Alcântara e instalação do novo município, foram repassadas as Unidades de São Pedro e de Santa Tereza àquela administração.

A recuperação da rede física foi acompanhada, simultaneamente, pela aquisição de equipamentos e insumos e, pelo acréscimo do número de profissionais.

Em 1997, investe-se na ampliação do Centro de Saúde Bela Vista, com o objetivo de implantar o Programa Municipal de Combate às Doenças Sexualmente Transmissíveis e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS).

O Centro de Saúde Barreiros recebeu novas instalações, em 1998, em substituição a existente. No ano de 1999, foram construídos os Centros de Saúde do Luar e do Sertão do Maruim (SÃO JOSÉ, 2000).

No ano de 2001, foram inaugurados os Centros de Saúde do Roçado e o da Fazenda Santo Antonio, este também em substituição ao existente, e as instalações próprias da Policlínica Municipal de Campinas (SÃO JOSÉ, 2002). Em 2002, inaugurou-se a Unidade de Saúde da Família Santos Saraiva.

O Centro de Saúde Areias recebeu novas instalações e também foi construído o Centro de Saúde Forquilha, em 2003. Dando continuidade à construção da rede física, foram inaugurados os Centros de Saúde da Sede e do Morar Bem.

Com esta rede física instalada, acompanhada da ampliação dos recursos humanos, aumentaram os serviços oferecidos à população. Todos os Centros de Saúde dispunham de atendimento médico (clínico, pediatra e ginecologista), de enfermagem (imunização, coleta do preventivo do câncer de colo uterino, curativos, teste do pezinho, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) –



acompanhamento, crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos) e odontológico.

Além desses serviços, o Centro de Saúde Bela Vista dispunha do Programa DST/AIDS e do Programa de Combate à Tuberculose. Toda a procura aos serviços nos Centros de Saúde, chamado convencionalmente de modelo tradicional de atenção, era espontânea.

A Policlínica Municipal oferecia especialidades médicas (Oftalmologista, Urologista, Cardiologista, Neurologista, Pneumologista, Ortopedista, Mastologista, Otorrinolaringologista) e procedimentos como eletrocardiograma, raio-x odontológico, teste ergométrico, pequenas cirurgias e vasectomia.

Nesta trajetória, vale destacar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, a implantação do Fundo Municipal de Saúde e a habilitação do município nas NOB-93 (incipiente e posteriormente parcial), NOB-96 (Gestão Plena da Atenção Básica) e NOAS-01 (Gestão Plena do Sistema Municipal).

Também, importantes programas de atenção à saúde foram implantados, como o “saúde itinerante”, através do Caminhão da Cidadania, com atendimento médico e odontológico às comunidades sem centros de saúde; Projeto Sorria, Programa de Saúde Bucal, voltado a prevenir cárie dental e má-formação dos dentes em todos os alunos de seis a 12 anos, da rede municipal de ensino; Programa de Prevenção à Hipertensão e Diabetes; Programa Saúde da Mulher através da assistência do planejamento familiar, do pré-natal e clínico-ginecológica; Programa Criança 21, com atendimento a crianças de zero a cinco anos, desde a maternidade, através de ações integradas de prevenção, promoção e recuperação à saúde; Programa de Combate à Dengue, realizado através de visitas domiciliares, com atividades de prevenção e controle do mosquito transmissor; além, dentre outros, do Programa Xô Parasita, de combate à pediculose e escabiose, realizado na rede pública de ensino (SÃO JOSÉ, 2002).

Mesmo ampliando a oferta, era importante a organização dos serviços enquanto Sistema de Saúde que referencia e contra referencia o seu cidadão. Momento, então, de fundamental importância para o planejamento das ações futuras.

Com o objetivo de realizar o diagnóstico da população josefense, para facilitar a tomada de decisão e o planejamento das ações de saúde, foi implantado,

em 1999, o PACS, com 240 agentes comunitários de saúde, supervisionados por oito enfermeiros.

O município foi dividido em oito macro-regiões geográficas, com 30 agentes e um enfermeiro. Este foi um período preparatório para a implantação da estratégia da Saúde da Família, que se concretizou a partir de 2001.

### **5.1 Implantação do programa**

O Programa Saúde da Família, implantado no município de São José em 29 de agosto de 2001, com a previsão de instalar 40 equipes para a cobertura de 81,54% da população, elegeu, como ponto central, *o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população*, promovendo a modificação do modelo assistencial em vigência (SÃO JOSÉ, 2001a).

Importante ressaltar que o Programa foi idealizado com o propósito de trabalhar com o princípio da vigilância em saúde e atuar inter e multidisciplinarmente, de forma dinâmica, com avaliação permanente, através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação, e com responsabilidade integral sobre a população residente na área de sua abrangência (SMS SÃO JOSÉ, 2001a).

Mesmo tendo autorização legislativa (Lei 3645, de 9/04/2001) e do Ministério da Saúde para estabelecer as 40 equipes simultaneamente, a implantação ocorreu de forma gradual, pela dificuldade de contratação do profissional médico. No período de agosto a novembro de 2001, 27 equipes estavam em funcionamento (SMS SÃO JOSE, 2001a ). Em março de 2002, ampliou-se para 33 e, em maio, para 36 equipes.

Ainda em 2002, o PACS foi absorvido pela eSF e, seguindo o preceito da territorialidade, a cidade foi subdividida em 40 micro-regiões, com a implantação de 40 equipes multiprofissionais, atendendo as orientações do Ministério da Saúde. Com a inauguração de novas Unidades, citadas anteriormente, as equipes foram redistribuídas em 17 Centros de Saúde, uma Unidade de Saúde da Família e uma Policlínica Municipal. A Unidade de Saúde da Família foi assim rotulada, por ser espaço físico adaptado em uma antiga escola estadual, e que abrigou

exclusivamente uma Equipe de Saúde da Família. Portanto, com restrições de oferta de serviços, comparando-se com as demais.

A seguir, apresenta-se a distribuição das equipes, por área territorial e o referido centro de saúde em que estavam sediadas:

<b>BAIRRO OFICIAL</b>	<b>EQUIPES IMPLANTADAS</b>	<b>CENTRO DE SAÚDE DE REFERÊNCIA</b>
Alto Forquilhas	1	Sertão do Maruim
Vila Formosa		
Sertão do Maruim	1	
Colônia Santana	1	Colônia Santana
Potecas	5	Forquilha Forquilha Forquilha
Forquilha		
Forquilha		
Flor de Nápolis	2	Picadas do Sul
Picadas do Sul		
Ponta de Baixo	2	Roçado Fazenda Santo Antônio
Sede	3	
Praia Comprida		
Fazenda Santo Antônio		
Morro do Avaí	1	Roçado
Roçado		
Bosque das Mansões		
Campinas	1	Policlínica
Kobrasol	1	Policlínica
Barreiros I	2	Procasa Policlínica Barreiros
Barreiros II	1	
	3	
Picadas do Norte	3	Ipiranga
Pedregal		
Real Parque		
Nossa Senhora do Rosário	2	Bela Vista
Ipiranga	1	Ipiranga
	1	Bela Vista
Bela Vista	2	Areias Luar Bela Vista
Areias	1	
	1	
Serraria	3	Zanellato
	1	Luar
	1	Serraria
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>14 Centros de Saúde e 1 Policlínica Municipal</b>

**Quadro 1: Proposta de Implantação da eSF em São José – SC: 2001**

**Fonte:** Secretaria Municipal de Saúde da PMSJ, 2001

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos quarenta questionários aplicados, três deles foram respondidos por profissional médico e 37 por enfermeiro. Na época da aplicação do instrumento, 29 equipes estavam completas, ou seja, dispunham de um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Das equipes incompletas, três não dispunham de médicos, duas não tinham enfermeiros, três não tinham auxiliares de enfermagem e três não dispunham do número de agentes comunitários de saúde previstos.

Estão cadastradas pelas Equipes de Saúde da Família pesquisadas 50.021 famílias, com uma população atendida em aproximadamente 165.824 habitantes, isto é, com clientela adscrita de 80,78 % do total do município. Fato que merecerá destaque nas considerações posteriores.

Quanto à capacitação dos profissionais, dos 37 médicos entrevistados, quatro possuem especialização em Saúde da Família, enquanto que, dos 38 enfermeiros, oito têm curso de especialização em Saúde da Família.

Receberam o treinamento introdutório da estratégia de Saúde da Família, médicos de três equipes, enfermeiros de 12, auxiliares de enfermagem de uma e ACS de 10 equipes. Importante registrar que todos os ACS participaram, no ano de 2007, do 1º módulo do curso formação inicial do Agente Comunitário de Saúde, mesmo não sendo esta informação coletada através do questionário aplicado.

## 6.1 Grau de implantação da saúde da mulher

### 6.1.1 Pré-natal

A **tabela 1** mostra os resultados obtidos no atendimento ao pré-natal, na área de saúde da mulher, pelas ESF. A maioria das ações preconizadas foram realizadas por 85,0 a 100% das equipes de saúde da família, com exceção da referência ao parto hospitalar, que é realizado por 29 equipes, ou seja, 72,5% delas. Nas ações do bloco central, especificadas na primeira parte da **tabela 1**, mesmo sendo prioritário o desenvolvimento de atividades educativas, são as que apresentam um dos menores percentuais de realização. Da mesma forma, as questões complementares, de capacitação da equipe e disponibilidade de material educativo, são citadas por 32,5 e 52,5 % das equipes, respectivamente. Já as ações de parceria com outros setores ou Organizações Não-Governamentais (ONGs) foram desenvolvidas por uma única equipe (2,5%).

**Tabela 1:** Ações desenvolvidas no atendimento ao pré-natal, na área de saúde da mulher, pelas Equipes de Saúde da Família, no município de São José, estado de Santa Catarina, Brasil, 2007.

Responsabilidade	Ações (n=40)	Nº de equipes	%
Pré-natal	Realizam/referenciam teste imunológico de gravidez .....	39	97,5
	Realizam cadastramento de gestante no 1º trimestre de gravidez .....	38	95
	Realizam classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta.....	40	100
	Realizam suplementação alimentar para gestantes com baixo peso.....	35	87,5
	Realizam acompanhamento pré-natal de baixo risco.....	35	87,5
	Realizam avaliação do puerpério .....	40	100
	Referenciam exames laboratoriais de rotina.....	39	97,5
	Utilizam cartão da gestante e ficha perinatal ou prontuário da gestante.....	39	97,5
	Referenciam ultra-sonografia obstétrica.....	38	95
	Referenciam pré-natal de alto risco.....	38	95
	Referenciam parto hospitalar.....	29	72,5
	Desenvolvem atividades educativas para promoção à saúde...	34	85
	Questões complementares	Capacitação da equipe.....	13
Normas existentes.....		40	100
Registro diário dos atendimentos.....		40	100
Material educativo.....		21	52,5
Envolvimento multiprofissional.....		40	100
	Parceria com outros setores/ONGs.....	01	2,5

### 6.1.2 Prevenção de câncer cérvico-uterino

Das atividades para a prevenção do câncer cérvico-uterino, discriminadas na **tabela 2**, a maioria foi executada por 82,5% a 100,0% das equipes. Destacamos, porém, que apenas 57,5% receberam capacitação e que 60% desenvolvem atividades educativas, mesmo 70% tendo disponível material educativo. Também, nesta responsabilidade, as parcerias com outros setores/ONG foram desenvolvidas por uma única equipe (2,5%).

**Tabela 2:** Ações desenvolvidas no atendimento à Saúde da Mulher, na prevenção do câncer cérvico-uterino, pelas Equipes de Saúde da Família, no município de São José, estado de Santa Catarina, Brasil, 2007.

Responsabilidade	Ações (n=40)	Nº de equipes	%
Prevenção do câncer	Realizam coleta para citopatológico cérvico-uterino.....	39	97,5
	Referenciam para laboratório citopatológico.....	38	95
	Recebem resultado em até 30 dias.....	33	82,5
	Realizam busca ativa dos casos positivos.....	38	95
	Realizam consulta médica para cérvico-colpíte.....	35	87,5
	Referenciam os casos positivos.....	36	90
	Desenvolvem atividades educativas.....	24	60
Questões complementares	Capacitação da equipe.....	23	57,5
	Normas existentes.....	39	97,5
	Registro diário dos atendimentos.....	40	100
	Dispõem de material educativo.....	28	70
	Envolvimento multiprofissional.....	36	90
	Parceria com outros setores/ONGs.....	01	25

### 6.1.3 Planejamento familiar

No planejamento familiar, a maioria das atividades foi desenvolvida por 80% a 100% das equipes. Novamente, porém, com destaque para as atividades educativas, realizadas por 72,5%, a capacitação por 30% das equipes e as parcerias com outros setores/ONGs por 12,5%. Na **tabela 3**, são apresentados os resultados encontrados.

**Tabela 3:** Ações desenvolvidas na Saúde da Mulher, no planejamento familiar, pelas Equipes de Saúde da Família, no município de São José, estado de Santa Catarina, Brasil, 2007.

Responsabilidade	Ações (n=40)	Nº de equipes	%
Planejamento familiar	Realizam consulta médica/enfermagem.....	40	100
	Orientações sobre métodos contraceptivos.....	32	80
	Fornecem medicamentos e métodos contraceptivos.....	38	95
	Referenciam para exames laboratoriais.....	34	85
	Desenvolvem atividades educativas.....	29	72,5
Questões complementares	Capacitação da equipe.....	12	30
	Normas existentes.....	39	97,5
	Registro diário dos atendimentos.....	40	100
	Dispõem de material educativo.....	34	85
	Envolvimento multiprofissional.....	39	97,5
	Parceria com outros setores/ONGs.....	05	12,5

#### 6.1.4 Consolidados das ações da saúde da mulher

Conforme especificado na **tabela 4**, o pré-natal estava *implantado* em 27 ESF, ou seja, 67,5%, enquanto que, em 32,5%, 13 equipes, *parcialmente implantado*; a prevenção do câncer cérvico-uterino em 47,5%, 19 equipes, encontrava-se *implantado*, em 45%, 18 equipes, *parcialmente implantado* e em 7,5%, 3 equipes, *não implantado*. Já, a respeito do planejamento familiar, em 20 equipes, 50% do total de equipes, *implantado*, em 7 ou 42,5%, *parcialmente implantado* e *não implantado* em 3, isto é, em 7,5%.

Porém, ao se considerar o conjunto das ações de Saúde da Mulher, por equipe, constata-se que está *implantado* em 23 equipes, ou, em 57,5% e *implantado parcialmente* em 17, isto é, em 42,5%.

Na análise do conjunto das ESFs, as 40 existentes no município, constatou-se que apenas as ações de pré-natal estão *implantadas* com 88,4%, as responsabilidades de prevenção do câncer cérvico-uterino com 78,1% e o planejamento familiar com 75,9% *parcialmente implantadas*. Da mesma forma, o consolidado das ações de Saúde da Mulher, para o conjunto das equipes apresentou grau de implantação de 79,8% e, portanto, segundo corte estabelecido anteriormente, *parcialmente implantada*.



**Tabela 4:** Grau de implantação das Ações de Saúde da Mulher, por Equipe de Saúde da Família e pelo conjunto delas, no município de São José, estado de Santa Catarina, Brasil, 2007.

GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER								
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	PRÉ-NATAL n=18		PREVENÇÃO DE CÂNCER n=13		PLANEJAMENTO FAMILIAR n=11		AÇÕES SAÚDE DA MULHER n=42	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FORQUILHAS 02	14	77.8	13	100.0	7	63.6	34	80.9
FORQUILHAS 05	15	83.3	8	61.5	6	54.5	29	69.0
FORQUILHINHAS 3	15	83.3	11	84.6	9	81.8	35	83.3
FORQUILHINHAS 8	13	72.2	10	76.9	9	81.8	32	76.2
FORQUILHINHAS 9	16	88.9	10	76.9	10	90.9	36	85.7
POLICLÍNICA 22	14	77.8	11	84.6	9	81.8	34	80.9
POLICLÍNICA 36	13	72.2	10	76.9	9	81.8	32	76.2
POLICLÍNICA 37	13	72.2	9	69.2	7	63.6	29	69.0
LUAR 24	15	83.3	9	69.2	9	81.8	33	78.6
LUAR 27	17	94.4	11	84.6	10	90.9	38	90.5
FAZENDA 40	15	83.3	10	76.9	9	81.8	34	80.9
ROÇADO 10	15	83.3	10	76.9	10	90.9	35	83.3
ROÇADO 11	16	88.9	13	100.0	11	100.0	40	95.2
ROÇADO 12	16	88.9	10	76.9	8	72.7	34	80.9
SANTANA 1	15	83.3	10	76.9	8	72.7	33	78.6
BARREIROS 31	16	88.9	12	92.3	8	72.7	36	85.7
BARREIROS 32	16	88.9	10	76.9	8	72.7	34	80.9
BARREIROS 33	15	83.3	11	84.6	8	72.7	34	80.9
AREIAS 25	15	83.3	10	76.9	8	72.7	33	78.6
AREIAS 26	17	94.4	12	92.3	10	90.9	39	92.9
AREIAS 41	14	77.8	7	53.8	7	63.6	28	66.7
SEDE 39	15	83.3	11	84.6	8	72.7	34	80.9
PICADAS 6	18	100.0	10	76.9	9	81.8	37	88.1
PICADAS 7	18	100.0	12	92.3	10	90.9	40	95.2
SANTO SARAIVA 21	14	77.8	10	76.9	7	63.6	31	73.8
SERRARIA 30	15	83.3	11	84.6	9	81.8	35	83.3
ZANELATO 19	15	83.3	9	69.2	9	81.8	33	78.6
ZANELATO 28	15	83.3	11	84.6	9	81.8	35	83.3
BELA VISTA 13	15	83.3	8	61.5	7	63.6	30	71.4
BELA VISTA 14	14	77.8	7	53.8	6	54.5	27	64.3
BELA VISTA 15	14	77.8	11	84.6	9	81.8	34	80.9
BELA VISTA 20	14	77.8	12	92.3	8	72.7	34	80.9
IPIRANGA 17	15	83.3	11	84.6	9	81.8	35	83.3

IPIRANGA 18	15	83.3	11	84.6	9	81.8	35	83.3
IPIRANGA 23	13	72.2	11	84.6	7	63.6	31	73.8
SERTÃO 4	14	77.8	8	61.5	8	72.7	30	71.4
SERTÃO 23	14	77.8	8	61.5	8	72.7	30	71.4
PROCASA 34	16	88.9	6	46.2	5	45.5	27	64.3
PROCASA 35	15	83.3	11	84.6	7	63.6	33	78.6
MORAR BEM 29	17	94.4	11	84.6	10	90.9	38	90.5
<b>TOTAL</b>	601	88.4	406	78.1	334	75.9	1341	79.8

---

n = Número total de questões, por responsabilidade

N = Número de respostas positivas

## 6.2 Indicadores de resultados das ações de saúde da mulher

Serão utilizados os indicadores de resultados das ações de saúde da mulher, disponibilizados pelo programa de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde de São José. Os resultados alcançados nos anos de 2005, 2006 e 2007, com relação às ações de saúde da mulher, estão representados pelos indicadores apresentados na **tabela 5**.

**Tabela 5:** Indicadores das Ações de Saúde da Mulher, município de São José, estado de Santa Catarina, Brasil, 2005, 2006, 2007

Ações de saúde da mulher	Indicadores	Resultados		
		2005	2006	2007
<b>Pré-natal</b>	Coeficiente de mortalidade materna	0%	0%	74,10/100000
	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	0%	94%	94%
	Proporção de nascidos vivos de mães que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal	1%	1,6%	1%
	Proporção de nascidos vivos de mães com 4-6 consultas de pré-natal	32%	30%	25,7%
	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas pré-natal	63%	65,41%	64,69%
	Proporção de gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre	40%	47%	43%
	Proporção de gestantes acompanhadas	95%	96%	96%
	Número absoluto de casos confirmados de tétano neonatal	0%	0%	0%
	Porcentagem de partos cesáreos	48,86%	53,14%	51%
	<b>Prevenção de câncer cérvico-uterino</b>	Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero	9,91/100000	4,85/100000
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa		0,21	0,22	0,20
<b>Planejamento familiar</b>	Coeficiente de hospitalização por parto e aborto na adolescência (10 a 19 anos)	2%	2%	2,18%
	Taxa bruta de natalidade	13,74/1000	13,27/1000	13,35/1000

**Fonte:** Programa Saúde da Mulher- Secretaria Municipal de Saúde - 2008

## 6.3 Discussões

### 6.3.1 Análise dos dados coletados

Das 40 ESF, na época da coleta das informações, apenas 29 estavam completas, dispondo de um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Quando questionados sobre o número de famílias cadastradas e a população atendida por área de abrangência, o resultado obtido foi de 50.021 e 165.824, respectivamente. Porém, no SIAB, sistema de informação do Ministério da Saúde, territorializado, cujos dados são gerados pelos profissionais das equipes da estratégia da Saúde da Família, apresentam-se cadastradas 47.348 famílias, com população atendida de 156.864 habitantes. Pode-se creditar esta diferença, em parte, à rotatividade dos profissionais. Somente durante o ano de 2007, houve substituição de 14 médicos, 13 enfermeiros, oito auxiliares de enfermagem e 43 agentes comunitários de saúde.

Quanto à capacitação introdutória, nomenclatura utilizada pelo Ministério da Saúde, para o curso que inicia o processo de capacitação das ESF, o qual deve ser principiado concomitantemente com o início do trabalho por discutir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas, sob os enfoques operacional, gerencial e conceitual, apenas três médicos, 12 enfermeiros, auxiliares de enfermagem de uma equipe e agentes comunitários de 10 equipes, informaram terem-na recebido.

O Ministério da Saúde recomenda que toda ESF seja introduzida nos seus trabalhos, através de um processo específico de capacitação, que a possibilite desempenhar suas atribuições, cada vez mais próximas das necessidades de saúde da população, por considerar que a garantia da qualificação do trabalho, dos resultados, da mudança das práticas, depende da preparação e efetiva capacitação dos profissionais das equipes (BRASIL, 2000).

### 6.3.2 Pré-natal

Como visualizado anteriormente, o pré-natal está implantado em 27 Equipes de Saúde da Família, ou seja, 67,5% e implantado parcialmente em 13 equipes, ou 32,5%. Porém, pelos critérios adotados por esta pesquisa, o pré-natal se encontra implantado no conjunto das ESF. Dos itens especificados no questionário, quando se refere ao parto hospitalar, citado por 72,5% das equipes, parece ser efetuado de maneira informal, mais pela vontade dos profissionais envolvidos do que pela disponibilidade de referência e contra-referência assegurada, entre os níveis de atenção, preconizados pelo SUS.

A disponibilidade de material educativo apresentou-se como suficiente por 21 equipes, ou 52,5%. As atividades que necessitam de intervenção, por parte do gestor municipal são a capacitação das equipes, tendo em vista que apenas 13 (32,5%) demonstraram ter recebido treinamento na área de pré-natal. Importante salientar, neste momento, a rotatividade dos profissionais. Além disso, a parceria intersetorial tem sido construída apenas por uma equipe (2,5%).

Fato importante a ser registrado é que, mesmo a Secretaria Municipal dispondo de normatização para as ações de pré-natal num mesmo Centro de Saúde, onde funciona mais do que uma Equipe de Saúde de Família, não é uniforme o grau de implantação entre as mesmas.

As informações da produção dos serviços são registradas nos sistemas de informações do Ministério da Saúde (SIAB, SINASC), além do computo paralelo nos formulários próprios do Programa Saúde da Mulher. Foram encontradas dificuldades reais na escolha dos indicadores, tendo em vista a diferença dos números apresentados. Por orientação dos técnicos da Secretaria Municipal, foram utilizados os registros do Programa de Saúde da Mulher.

O acompanhamento pré-natal é de reconhecido efeito positivo sobre a saúde da mulher e do conceito, pois permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco com possibilidades de serem corrigidos (BRASIL, 2006e).

De acordo com o Ministério da Saúde, portanto, a atenção às gestantes deve se dar para reduzir as taxas de morbi-mortalidade materna e infantil, com adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da

qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e assistência neonatal (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Estudos realizados (ALMEIDA; BARROS, 2005; KILSZTJN, 2003 *apud* BRASIL, 2006e) mostram que o acesso aos serviços de saúde e à assistência de qualidade também contribui para a evolução positiva de indicadores de saúde, como menores taxas de morbi-mortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e morte materna. O Ministério da Saúde aconselha a realização de, no mínimo, seis consultas durante a gestação, com início do pré-natal ainda no primeiro trimestre (BRASIL, 2006e).

Analisando os indicadores do município de São José, do ano de 2007, verifica-se que há o registro de 2.699 nascidos vivos, sendo 165 (6,1%) de mães que realizaram de uma a três consultas de pré-natal, 693 (25,7%) de mães que fizeram de quatro a seis consultas e 1.746 (64,7%) de mães que fizeram mais de sete consultas durante o pré-natal.

Há, ainda, a informação de que 27 (1%) não fizeram nenhuma consulta de pré-natal e 68 (2,5%) sem nenhuma referência, ou seja, não informado ou ignorado na declaração de nascidos vivos; 96% das gestantes foram acompanhadas pelas ESF, porém somente 43% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Como lembra Duarte e Andrade (2006), a captação precoce das gestantes normalmente é realizada pelo ACS nas visitas domiciliares. Também, deve ser o agente quem começa ou reforça o vínculo entre a gestante e a equipe. Importante ressaltar ainda que 16% são filhos de mães adolescentes (10-19 anos) e 51,3% foram de partos cesáreos. A mortalidade materna apresentou um coeficiente de 74,10 óbitos por 100.000 nascidos vivos e a investigação ocorreu em 94% dos óbitos de mulheres em idade fértil. Considerando-se as informações do SIAB, que 76,4% da população são cobertas pela estratégia de Saúde da Família e o compromisso do município na definição de prioridades, com ênfase nas necessidades de saúde da população, firmados no Pacto pela Saúde, os indicadores de resultados obtidos encontram-se dentro da meta proposta no que se refere a:

- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados, com o propósito de atingir 75%, investigou 94,4%;

- Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal, com previsão de atingir 90%, obteve indicador de 90,4% das gestantes.

Porém, o indicador de mortalidade materna pactuado em zero, atingiu 74,10 óbitos/100.000, índice muito além do aceitável tanto pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) quanto pelo Ministério da Saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua vez, considera elevado coeficiente de mortalidade materna superior a 20 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (RIPSA, 2002);

No Programa Saúde da Mulher, principalmente na saúde materna, o indicador mais utilizado é o da mortalidade materna. Nas palavras de Tanaka (*apud* TANAKA *et al.*, 2003), é um dos mais sensíveis descritores das condições de vida de uma população e revela a desarticulação, desorganização e qualidade inadequada da assistência de saúde prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, já que a assistência pronta, oportuna e adequada pode evitar a maioria dessas mortes. Elevadas taxas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério (RIPSA, 2008).

A proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, pactuado em 68/100, atingiu 64,7 para cada 100 nascidos vivos; e a proporção de partos cesáreos, programado para atingir 45%, atingiu a marca de 51,3%, também fora do aceitável pelo Ministério da Saúde, que preconiza no máximo, 25% dos partos serem cesáreos.

O primeiro indicador mede a realização de consultas de pré-natal, a partir de informações prestadas pelas mulheres durante a assistência ao parto e é influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas. A série histórica da região sul apresenta uma melhoria da situação, com o crescimento da proporção de gestantes com maior número de consultas de pré-natal (RIPSA, 2008). Este resultado, porém, não se repetiu no município, já que houve piora da cobertura no ano de 2007, comparando-se ao ano de 2006 (65,54%).

A proporção de partos cesáreos mede a participação relativa dos partos cesáreos no total de partos hospitalares e contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado (RIPSA, 2008). Analisando este indicador no município, percebe-se que, desde o ano de 2001, tem se apresentado na forma de uma curva ascendente, fora inclusive de padrões internacionais.

### 6.3.3 Prevenção do câncer cérvico-uterino

Mesmo sendo uma atividade consolidada do ponto de vista da organização dos serviços, estando em funcionamento em fase anterior à Saúde da Família, o grau de implantação da prevenção de câncer cérvico-uterino, encontra-se *parcialmente implantado* no conjunto das Equipes de Saúde da Família e em 18 ESF (45%). Em 19 (47,5%), estão *implantados* e, em três (7,5%), *não implantado*. As atividades que mais contribuíram para isso foi o acanhado desenvolvimento de atividades educativas dirigidas à prevenção, a insuficiente capacitação das equipes, a pequena disponibilidade de material educativo e a ausência de parcerias institucionais.

No que se refere aos indicadores de resultados, a Portaria 493/GM, já citada anteriormente, aponta como indicador a razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária. Foi pactuado, pelo município, atingir 30 % das mulheres, porém o resultado alcançado foi de 20%, reflexo direto da situação apresentada acima, compatível, portanto, com o grau de implantação. Dessa forma, há clareza que o indicador pode ser melhorado, se a prevenção do câncer cérvico-uterino for implantado em todas as ESF.

No âmbito do controle de câncer cérvico-uterino, 20% das mulheres entre 25 e 59 anos realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginais, e a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero foi de 1,9 por 100.000 habitantes

A taxa de mortalidade por câncer do colo de útero, como um indicador de avaliação de qualidade e acesso à assistência à saúde da mulher, de 1,9 óbitos por 100.000 mulheres situa-se em patamar bastante inferior às taxas descritas para Santa Catarina, de 4,4 óbitos por 100.000 mulheres, para o ano de 2005 (RIPSA, 2007).



#### 6.3.4 Planejamento familiar

O planejamento familiar apresentou-se *parcialmente implantado* em 17 ESF (42,5%) e no conjunto das Equipes de Saúde da Família. Em 20 ESF (50%), está *implantado* e, em três (7,5%), *não implantado*. Os aspectos que mais contribuíram para o desempenho dessa ação programática, da forma como se apresentou, foram as insuficientes atividades educativas dirigidas ao planejamento familiar, a ínfima capacitação das equipes e a insuficiência de parcerias com outros setores e com ONGs.

A assistência ao planejamento familiar já vinha sendo oferecido, nos Centros de Saúde, antes da implantação da estratégia Saúde da Família. Mas com a implantação deste modelo de política pública de saúde que propõe o trabalho em equipe, a vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação da comunidade e que tem o propósito de incorporar ações coletivas de caráter promocional e preventivo torna-se imprescindível estabelecer parcerias intersetoriais com educação, ação social, trabalho, outras instâncias governamentais e a sociedade civil (MOURA *et al*, 2007). Fato este que não tem sido considerado, haja vista o número de parcerias estabelecidas com outros setores.

Mesmo o Planejamento familiar, sendo uma atividade importante para o Saúde da Mulher, a Portaria nº 493/GM, que aprova a relação de indicadores da Atenção Básica-2006, não relaciona nenhum indicador operacional para avaliação e monitoramento dessa responsabilidade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O grau de implantação no conjunto das Equipes de Saúde da Família foi considerado *parcialmente implantado* para as ações de saúde da mulher (pré-natal, preventivo do câncer cervico-uterino e planejamento familiar). Analisando individualmente, as ações de saúde da mulher estão *implantadas* em 23 ESF (57,5%) e *implantadas parcialmente* em 17 ESF (42,5%).

Em relação aos indicadores de resultados relacionados às Ações de Saúde da Mulher, evidencia-se 96% gestantes acompanhadas, porém não é compatível a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre (43%). Também é bastante considerável (90,36%) o número nascidos vivos de mães que tiveram mais de quatro consultas de pré-natal.

No que tange à prevenção de câncer cérvico-uterino, verificou-se a baixa cobertura de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos (20%). Como não foi pesquisada a estrutura física, não é possível afirmar as razões de tal evento.

Os indicadores têm se mantido sem muitas alterações nos últimos três anos, exceto o coeficiente de mortalidade materna, que atingiu patamar bastante elevado. À primeira vista, indicam a necessidade do município, de permanecer com o modelo de atenção preconizado pela estratégia de Saúde da Família, porém, reforçando as ações, principalmente com a própria ampliação do número delas, para que a população seja atendida de forma equânime. O município de São José, superou o grande desafio de implantar a estratégia da Saúde da Família estando situado em região metropolitana e possuir mais de 100.000 habitantes, porém as equipes têm trabalhado com população adscrita maior do que o preconizado pelo Ministério da Saúde.

É normal considerar que quanto maior o tempo de funcionamento da ESF, pelas práticas estabelecidas, melhor seria o atendimento da população e, com isso, a modificação da qualidade de vida, refletida nos indicadores.

Porém, também é importante ressaltar a relevância do papel do gestor municipal, cujas funções de coordenação, articulação, planejamento e acompanhamento constituem condições para o alcance de resolutividade e da qualidade dos serviços prestados à população. No município de São José, a

freqüente substituição do Secretário Municipal de Saúde nos últimos quatro anos, mais de uma dezena de vezes, trouxe instabilidade com prejuízo do processo de continuidade dos trabalhos.

Como o grau de implantação das ações de Saúde da Mulher apresentou-se praticamente no limite entre *parcialmente implantado e implantado* (79,8%), recomenda-se:

- Capacitar todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família, nas responsabilidades de pré-natal, prevenção câncer cervico-uterino e planejamento familiar;
- Estimular a realização de parcerias intersetoriais;
- Promover reuniões coletivas das ESF, para calibrar as informações repassadas e os conhecimentos adquiridos;
- Assegurar as referências intermunicipais e nos diversos níveis de atendimento;
- Criar atrativos para os profissionais, de modo que diminua a rotatividade dos mesmos;
- Criar mecanismos de interlocução entre os profissionais das ESF e os demais que atuam na Unidade de Saúde;
- Expandir o número de ESF, acompanhado do aprimoramento da estrutura e processo de trabalho, para mais estabilidade à implantação das ações de saúde da mulher e, com isso, alcançar níveis mais altos da realização das atividades.

Entende-se, no entanto, tratar-se de uma análise dentro de um contexto, cujo início de proposta seja complementada, quer através de futuras pesquisas ou através de processos de avaliação internos, da própria Secretaria Municipal de Saúde, para que a utilize como uma ferramenta de gestão.

## REFERÊNCIAS

ALEIXO, José L. M. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n. 1, ano 1, jan./jun. 2002.

ALVES, Maria Magdalena. Programa Saúde da Família no Mutirão do Serrotão. *In*: CAMAROTTI, Ilka; SPINK, Peter (Orgs.). **Parcerias e pobreza: soluções locais na implementação de políticas sociais**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

AKERMAN, Marco; NADANOVSKY, Paulo. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 1992. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1992000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 ago. 2008.

ARRETCHE, Marta T. S. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. **BID**, Rio de Janeiro, n. 39, p.3-40, 1995.

BELINATI, W. **Avaliação crítica do aumento da capacidade operativa dos serviços de saúde ao nível primário - Londrina 1986-1992**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jun. 2009.

BOSI, Maria L. M.; UCHIMURA, Kátia Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 2 ago. 2007.

BRAGA, J. C.; PAULA, S.G. de. **Saúde e previdência, estudos de política social**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/91. **Portarias nº 15 a 20**, de 8 de janeiro de 1991. Brasília, 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/92. **Portaria nº 234**, de 7 de fevereiro de 1992. Brasília, 1992.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. Portaria nº 2.203, **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 6 de novembro de 1996. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Secretaria de Assistência à Saúde, 1998. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. Senado Federal: Centro Gráfico, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - Estratégia Saúde da Família**. Treinamento Introdutório. Caderno 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS – SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Legislação Básica do SUS**. Santa Catarina, Secretaria de Estado da Saúde. 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. **Portaria MS/GM nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Recife: Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil, vol. 3, n.01, 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 456/GM**, de 16 de abril de 2003. Dispõe sobre o pacto de atenção básica. Brasília, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699/GM**, de 30 de março de 2006. Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/ GM**, de 28 de março de 2006. Brasília, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados 1998-2004. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2006e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493**, de 13 de março de 2006. Aprova relação de indicadores da Atenção Básica. Brasília, 2006f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 25 jul. 2007.

CAMPOS, Francisco C. C. de. **Gestão intergovernamental e financiamento do Sistema Único de Saúde**: apontamentos para os gestores municipais. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

CARVALHO, Brígida G.; MARTIN, Gilberto B.; CORDONI JÚNIOR, Luiz. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. *In*: ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

CAVALCANTE, Maria das G. **Avaliação da implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica nas equipes de saúde da família de Camaragibe, PE, 2004**. Dissertação (Mestrado) – Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife, 2004.

CESAR, Chester L. G.; TANAKA, Oswaldo Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1996000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000600007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2007.

CONILL, Eleonor M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, suppl., 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. *In*: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.29-48. 1997.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

CUNHA, João P. P.; CUNHA, Rosani E. Sistema Único de Saúde: princípios. *In*: **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, p. 285-304, 2001.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação de programas. *In*: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DUARTE, Sebastião Jr. H.; ANDRADE, Sonia M. O. de. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. Escola Anna Nery, v.10, n.1, Rio de Janeiro, abr., 2006. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/>>. Acesso em: 20 out. 2008.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J de. **A universalização excludente - reflexões sobre as tendências do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1989.

FÓRUM BRASILEIRO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade**. Rio de Janeiro: Fórum Brasileiro da Reforma Sanitária Brasileira, 2006.

FURTADO, Juarez P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

GOULART, Flávio A. de A. **Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

HALAL, Iná S. *et al.* Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 2, abr. 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101994000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 2 ago. 2007.

LEVCOVITZ, Eduardo; DIAS DE LIMA, Luciana; MACHADO, Cristiani V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LUZ, Madel T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática**, anos 80. PHISIS, 1991.

\_\_\_\_\_. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, p.293-312, 2000.

MADUREIRA, Paulo R.; DE CAPITANI, Eduardo M.; CAMPOS, Gastão W. de S. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, jan./mar. 1989.

MALIK, Ana M.; SCHIESARI, Laura M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.



MARQUES, Rosa M.; MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família(PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

MATIDA, Álvaro H.; CAMACHO, Luis A. B. Pesquisa Avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 37-47, 2004.

MEDEIROS, Marcelo. **A trajetória do Welfare State no Brasil**: Papel redistributivas das Políticas Sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Texto para discussão nº. 852, Brasília, 2001, p.5-24.

MENDES, Eugênio V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80**: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto Neoliberal. Brasília. Ministério da Saúde, 1993.

MOURA, Escolástica R. F.; HOLANDA JR., Francisco; RODRIGUES, Maria S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, dez., 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000600023&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600023&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out. 2008.

NOVAES, Hillegonda M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, vol. 34, n.5, São Paulo, p. 547-559, out., 2000. Disponível em: <<http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/9/novaes-2000.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2007.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p.13-19, dez. 2006. Disponível em: <[www.ccs.uel.br/espacoparasaude](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude)>. Acesso em: 2 ago. 2007.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, 2008.

REIS, Eduardo J. F. B *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jan./mar. 1990.

RONZANI, Telmo M.; STRALEN, Cornelis J. **Dificuldades de implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2003.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz O. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos administrativos e financeiros**. Campinas, SP. Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SÃO JOSÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão de 1995**. São José: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão de 1996**. São José: Secretaria Municipal de Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão de 1997 e 1998**. São José: Secretaria Municipal de Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão de 1999**. São José: Secretaria Municipal de Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão de 2000**. São José: Secretaria Municipal de Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 3645**, de 9/04/2001. Cria cargos de Provimento Efetivo na estrutura básica organizacional do Município para a área da Saúde e altera dispositivos da lei 3416/99. São José: Secretaria Municipal de Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão de 2001**. São José: Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão de 2002**. São José: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

SCATENA, João H. G.; TANAKA, Oswaldo Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no Processo de Descentralização da Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, ago./dez. 2001. Disponível em: <[www.apsp.org.br/saudesociedade](http://www.apsp.org.br/saudesociedade)>. Acesso em: 20 abr. 2008.

SCHRAIBER, Lilia B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 2 ago. 2007.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, Eduardo N. **Trabalhadores, direitos à saúde e ordem social no Brasil**. São Paulo, 2003, p. 25-33.

SILVA, C. A. B. Os dez anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Políticas da Saúde**, v. 17, n. 3, 2004.

SILVA, Ligia M. V.; FORMIGLI, Vera L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, 1994.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, suppl., 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out. 2008.

\_\_\_\_\_.; COHEN, Mirian M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.

SIMÕES, Sandro A. de S. **A estrutura legal do Sistema Único de Saúde: breve esboço sobre o Direito Constitucional Sanitário**. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5420>>. Acesso em: 20 abr. 2008.

TANAKA, Ana C. *et al.* **Indicadores de saúde: a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto no estado de São Paulo**. 2003. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br>>. Disponível em: 20 out. 2008.

TEIXEIRA, Sonia F. **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. OLIVEIRA, J. A. A. **Previdência social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1976.

TRAD, Leny A. B.; BASTOS, Ana C. de S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000200028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000200028&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 7 ago. 2007.

UCHIMURA, Kátia Y.; BOSI, Maria L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, dez. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000600009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 ago. 2007.

VIANA, Ana L. D. **As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização**. A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p.203-227.

\_\_\_\_\_.; DAL POZ, Mario R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl., 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2007.

**ANEXO A - Série Histórica dos Indicadores do Pacto pela Vida  
Município de residência: 421660 São José**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Nº de óbitos &lt; 1 ano</b>	23	35	21	29	32	34
<b>Nº de óbitos &lt; 28 dias</b>	16	25	16	19	15	25
<b>Taxa de mortalidade infantil</b>	8,15	12,72	7,91	10,35	11,95	12,7
<b>Taxa de mortalidade infantil neonatal</b>	5,67	9,08	6,03	6,78	5,6	9,34
<b>Nº de óbitos de 7 a 27 dias</b>	3	7	6	7	5	7
<b>Taxa de mortalidade infantil neonatal tardia</b>	1,06	2,54	2,26	2,5	1,87	2,61
<b>Taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda &lt; de 5 anos</b>	14,79	11,27	13,05	10,45	10,56	9,63
<b>Taxa de internação por Doença Diarréica Aguda &lt; de 5 anos</b>	2,35	4,02	2,84	2,09	2,43	2,14
<b>% de nascidos vivos com baixo peso ao nascer</b>	7,48	6,47	7,12	6,78	8,66	8,29
<b>% de gravidez na adolescência</b>	7,82	6,67	7,28	6,97	8,86	8,46
<b>% de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal</b>	85,33	88,19	89,72	90,94	90,14	90,47
<b>% de nascidos vivos de mães com 7 ou + consultas de pré natal</b>	47,59	56,8	66,97	68,31	62,99	65,41
<b>Taxa de mortalidade materna</b>	70,87	36,34	0	71,38	0	0
<b>Razão exames citopatológicos cérvico-vaginais/mulheres 25 a 59 anos</b>	0	0,3	0,17	0,21	0,21	0,15
<b>% de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos</b>	0	0,76	0,61	0,15	0,08	0,09
<b>% de partos cesáreos</b>	39,78	41,38	45,88	48,71	48,86	53,14
<b>Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC)</b>	78,44	52,79	30,11	33	40,86	30,05
<b>% de internações por complicações da diabetes</b>	0,94	0,95	0,83	1,01	0,93	0,74
<b>Taxa de internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva</b>	27,03	38,54	33,25	29,33	30,51	29,15
<b>Média de procedimentos odontológicos básicos individuais</b>	0,4	0,52	0,64	0,57	0,36	0,14
<b>% da população cadastrada no SIAB</b>	0	0	0	72,67	73,52	75,11
<b>Consultas médicas nas especialidades básicas por habitante/ano</b>	1,12	1,56	1,67	1,47	0,99	0,62
<b>% de óbitos não fetais por causas definidas</b>	95,62	96,96	97,82	97,21	97,72	97,95

<b>Média mensal de visitas domiciliares por família</b>	0,01	0,08	0,15	0,66	0,46	0,11
---	------	------	------	------	------	------

Fonte: SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde

**ANEXO B - Indicadores de resultados dos anos de 2005, 2006 e 2007, do Município de São José(SC)**

Indicadores	Resultados			Parâmetro	
	2005	2006	2007	Nacional	Estadual
Coeficiente de mortalidade materna	00	00	74,10/100.000	Reduzir em 5% o resultado anterior	Reduzir em 5% o resultado anterior
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	00	94%	94%	75%	75%
Proporção de nascidos vivos de mães que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal	1%	1,6%	1%		
Proporção de nascidos vivos de mães com 4-6 consultas de pré-natal	32%	30%	25,7%		
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	63%	65,41%	64,69%		
Proporção de gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre	40%	47%	43%		
Proporção de gestantes acompanhadas	95%	96%	96%		
Nº absoluto de casos confirmados de tétano neonatal	00	00	00		
Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero	9,91/100.000	4,85/100.000	1,9/100.000		
Razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	0,21	0,22	0,20	0,3	0,3
Taxa bruta de natalidade	13,74/1000	13,27/1000	13,35/1000		
Taxa de fecundidade total					
Coeficiente de hospitalização por parto e aborto na adolescência (10 a 19 anos)	2%	2%	2,18%		
% de gravidez na adolescência	16%	15%	16%		
Nº de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal	90,14 %	90,47%	90,36%	86,7%	95%
% partos cesáreos	48,86%	53,14%	51%	25%	50,3%

**Fonte:** Programa de Saúde da Mulher - Secretaria Municipal de Saúde de São José, 2008.

## ANEXO C - Evolução dos componentes neonatal e pós neonatal da mortalidade infantil e coeficiente de natalidade, nos anos de 1996 a 2007, no município de São José (SC)

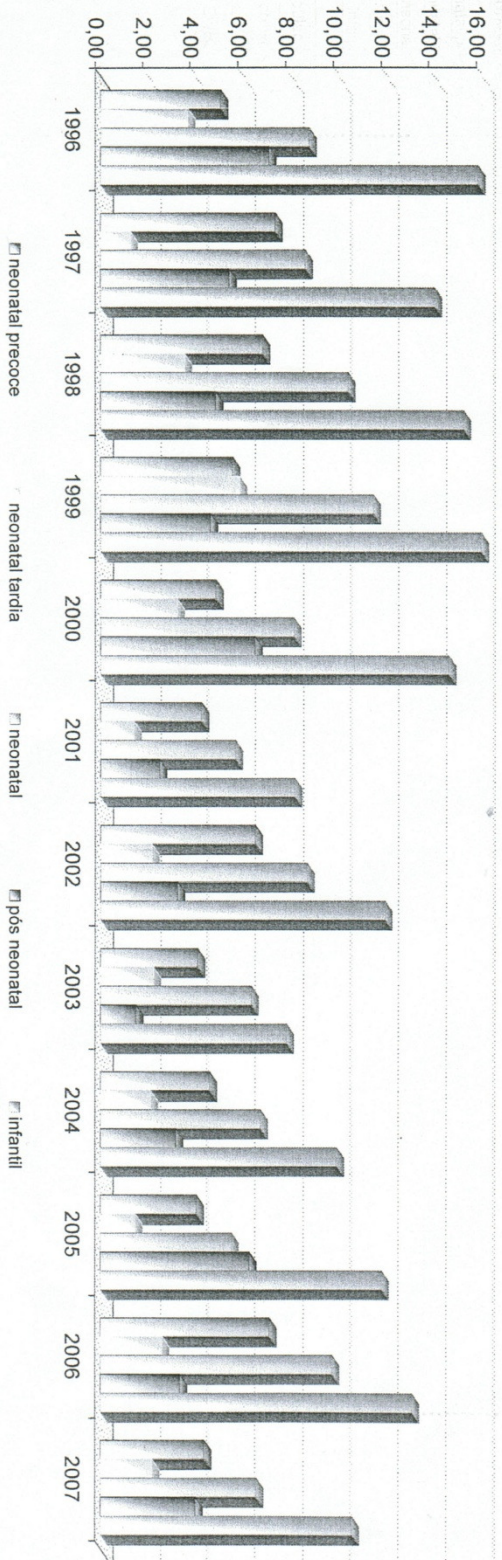


**Prefeitura Municipal de São José - SC**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**SALA DE SITUAÇÃO - ANO 2008**



### EQUIPE DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Evolução dos componentes neonatal e pós neonatal da mortalidade infantil, e coeficiente de natalidade em São José



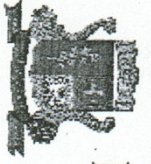
coeficientes de mortalidade por 1.000 nascidos vivos	definição	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
		n.º óbitos	coeficiente	n.º óbitos	coeficiente	n.º óbitos	coeficiente	n.º óbitos	coeficiente	n.º óbitos	coeficiente	n.º óbitos	coeficiente	n.º óbitos	coeficiente	n.º óbitos	coeficiente	n.º óbitos	coeficiente	n.º óbitos	coeficiente	n.º óbitos	coeficiente	n.º óbitos	coeficiente
neonatal precoce	< de 7 dias	15	5,1	23	7,3	21	6,8	18	5,6	15	4,9	12	4,3	18	6,5	11	4,1	13	4,6	11	4,1	19	7,1	12	4,4
neonatal tardia	de 7 a 27 dias	11	3,7	4	1,3	11	3,6	19	5,9	10	3,3	4	1,4	6	2,2	6	2,2	6	2,1	4	1,5	7	2,6	6	2,2
neonatal	< de 28 dias	26	8,8	27	8,6	32	10,4	37	11,5	25	8,1	16	6,7	24	8,7	17	6,4	19	6,7	15	5,5	26	9,7	18	6,6
pós neonatal	de 28 a 364 dias	21	7,1	17	5,4	15	4,9	15	4,6	20	6,5	7	2,5	9	3,3	4	1,5	9	3,2	17	6,3	9	3,4	11	4,0
Infantil	< de 1 ano	47	15,9	44	14,0	47	15,3	52	16,1	45	14,6	23	8,2	33	12,0	21	7,9	28	9,9	32	11,8	35	13,1	29	10,6

população estimada pelo IBGE	151.024	150.367	152.734	155.107	173.559	177.775	181.401	185.036	188.668	196.907	201.104	205.263
coeficiente de natalidade por 1.000 habitantes	19,62	20,83	20,16	20,80	17,70	15,80	15,21	14,46	14,94	13,74	13,27	13,35

FONTES: IBGE, SIMASC e SIM Secretaria Municipal de Saúde de São José - Equipe de Epidemiologia e Informação em Saúde



**ANEXO D - Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil, de 1980 a 2007, no município de São José (SC)**

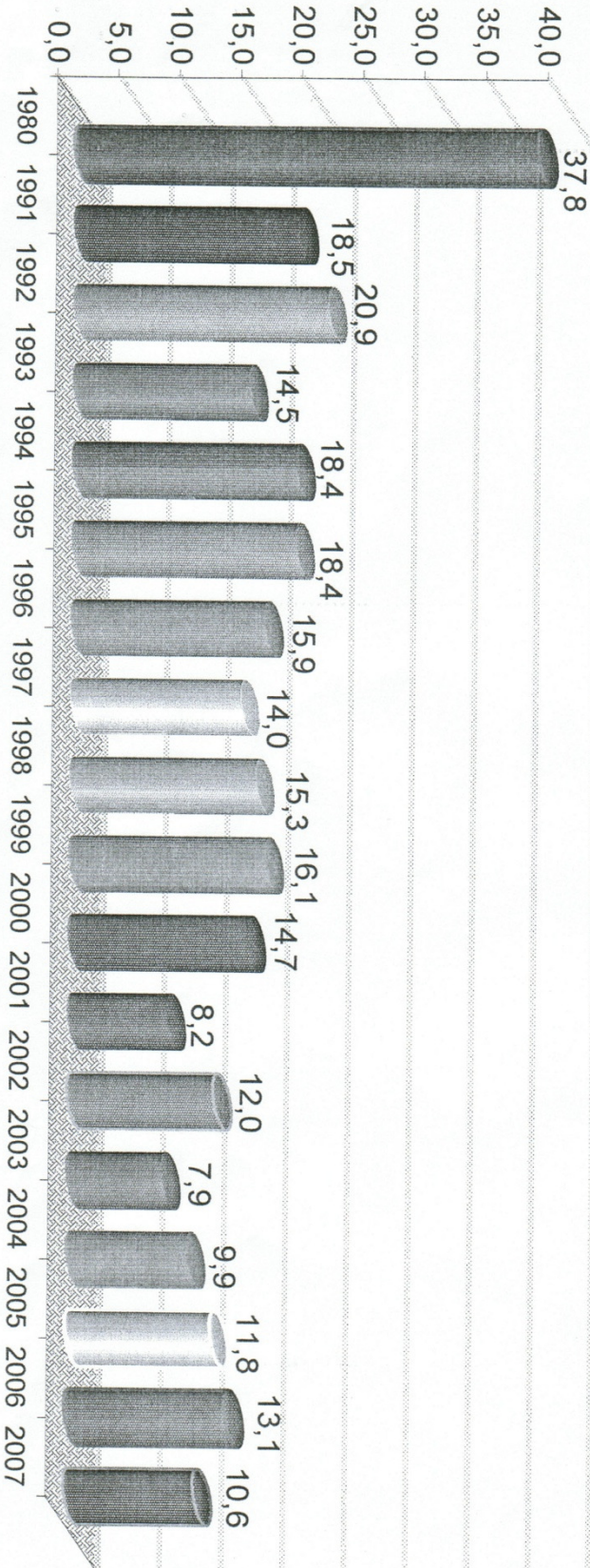


**Prefeitura Municipal de São José - SC**  
**Secretaria Municipal de Saúde**



**SAIA DE SITUAÇÃO - ANO 2008**  
**EQUIPE DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

Série histórica com a evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil em São José



FONTES: SIM e SINASC Secretaria Municipal de Saúde de São José - Equipe de Epidemiologia e Informação em Saúde

## ANEXO E - População residente por sexo segundo faixa etária, em 2007, no município de São José (SC)

TabNet Win32 2.7: População Residente - Santa Catarina

Página 1 de 2

**Informações de Saúde**
**DATASU**

Tecnologia da Informação a serviço do S

### População Residente - Santa Catarina

#### População Residente por Sexo segundo Faixa Etária detal

Município: São José

Período: 2007

Faixa Etária detal	Masculino	Feminino	Total
<b>TOTAL</b>	<b>99.650</b>	<b>105.614</b>	<b>205.264</b>
Menor 1 ano	1.377	1.317	2.694
1 ano	1.432	1.371	2.803
2 anos	1.488	1.427	2.915
3 anos	1.544	1.483	3.027
4 anos	1.599	1.537	3.136
5 anos	1.651	1.591	3.242
6 anos	1.697	1.639	3.336
7 anos	1.543	1.531	3.074
8 anos	1.566	1.546	3.112
9 anos	1.590	1.564	3.154
10 anos	1.620	1.591	3.211
11 anos	1.653	1.622	3.275
12 anos	1.679	1.643	3.322
13 anos	1.703	1.660	3.363
14 anos	1.729	1.682	3.411
15 anos	1.764	1.714	3.478
16 anos	1.801	1.751	3.552
17 anos	1.830	1.775	3.605
18 anos	1.859	1.794	3.653
19 anos	1.890	1.828	3.718
20 a 24 anos	10.028	9.981	20.009
25 a 29 anos	9.778	10.186	19.964
30 a 34 anos	8.878	9.190	18.068
35 a 39 anos	7.941	8.338	16.279
40 a 44 anos	7.076	7.934	15.010
45 a 49 anos	6.351	7.340	13.691
50 a 54 anos	5.389	6.172	11.561
55 a 59 anos	4.122	4.701	8.823
60 a 64 anos	2.733	3.305	6.038

Fontes:

- 1980, 1991 e 2000: IBGE - Censos Demográficos
- 1996: IBGE - Contagem Populacional
- 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.
- 2007-2008: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais.

Veja a nota técnica para detalhes da metodologia.

Consulte o site da Secretaria Estadual de Saúde para mais informações.

## População Residente - Santa Catarina

### População Resident por Sexo segundo Faixa Etária detal

**Município:** São José

**Período:** 2007

Faixa Etária detal	Masculino	Feminino	Total
65 a 69 anos	1.777	2.252	4.029
70 a 74 anos	1.203	1.676	2.879
75 a 79 anos	717	1.203	1.920
80 anos e mais	642	1.270	1.912

Fontes:

- 1980, 1991 e 2000: IBGE - Censos Demográficos
- 1996: IBGE - Contagem Populacional
- 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.
- 2007-2008: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais.

Veja a nota técnica para detalhes da metodologia.

Consulte o site da Secretaria Estadual de Saúde para mais informações.

Copia como .CSV

Copia para TabWin

## ANEXO F - Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, para 2007, do município de São José (SC)

SISPACTO - Sistema de Pactuação de Indicadores de Atenção Básica

<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/anelo1VD.asj>

### PACTO PELA SAÚDE

DATA

SISPACTO

#### Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde

Estado:SC Município:SAO JOSE

#### INDICADORES DO PACTO PELA SAUDE

PRINCIPAL	Resultado 2006	Meta Proposta 2007	Unidade
PROPORCAO DA RECEITA PROPRIA APLICADA EM SAUDE CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTACAO DA EC 29/2000	0,16	0,15	quantidade
INDICE DE CONTRATUALIZACAO	0	0	/100
INDICE DE ALIMENTACAO REGULAR DAS BASES DE DADOS NACIONAIS	100	100	/100
INDICE DE QUALIFICACAO DO FUNCIONAMENTO BASICO DO CONSELHO DE SAUDE	25	100	/100
1 PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM 4 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL	90,71	90	/100
MEDIA ANUAL DE CONSULTAS MEDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BASICAS	1,37	1,5	hab/ano
COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL	12,35	11,2	/1000
2 RAZAO ENTRE EXAMES PREVENTIVOS DO CANCER DO COLO DO UTERO EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS E A POPULACAO FEMININA NESTA FAIXA ETARIA	0,22	0,3	razao
3 PROPORCAO DE OBITOS DE MULHERES EM IDADE FERTIL INVESTIGADOS	38,7	75	/100
TAXA DE INTERNACOES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	54,5	35,5	/10.000
PROPORCAO DE INTERNACOES POR COMPLICACOES DE DIABETES MELLITUS	0,43	0,9	/100
COBERTURA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTologica PROGRAMATICA	6,71	16	/100
PROPORCAO DA POPULACAO COBERTA PELO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA (PSF)	97,95	75	/100
COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	100,5	95	/100
PROPORCAO DE IMOVEIS INSPECIONADOS PARA IDENTIFICACAO E ELIMINACAO DE CRIADOUROS DE AEDES AEGYPTI	105	80	/100
TAXA DE CURA DE HANSENTASE NOS ANOS DAS COORTES	100	100	/100
TAXA DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILIFERA	71,88	85	/100
INCIDENCIA PARASITARIA ANUAL DE MALARIA	0	0	/100
PROPORCAO DE AMOSTRAS CLINICAS PARA DIAGNOSTICO DO VIRUS INFLUENZA EM RELACAO AO PRECONIZADO	0	0	/100
PROPORCAO DE INSTITUICOES DE LONGA PERMANENCIA PARA IDOSOS, INSPECIONADAS	16,66	70	/100
TAXA DE NOTIFICACAO DE CASOS DE PARALISIA FLACIDA AGUDA - PFA EM MENORES DE 15 ANOS	0	0	/100
PROPORCAO DE DOENCAS EXANTEMATICAS INVESTIGADAS ADEQUADAMENTE	100	80	/100
PROPORCAO DE CASOS NOTIFICADOS, ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APOS NOTIFICACAO, EXCETO DENGUE CLASSICO	100	80	/100
PROPORCAO DE CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL (LV) CURADOS	0	85	/100
PROPORCAO DE OBITOS NAO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BASICAS DEFINIDAS	98,09	95	/100
COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL	8,48	3,98	/1000
COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR DOENCA DIARREICA	0	0	/1000
COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR PNEUMONIA	0	0	/1000
4 RAZAO DE MORTALIDADE MATERNA	0	0	razao
5 PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL	65,54	68	/100
<b>COMPLEMENTAR</b>	<b>Resultado 2006</b>	<b>Meta Proposta 2007</b>	<b>Unidade</b>
PROPORCAO DE AMOSTRAS INSATISFATORIAS DE EXAMES CITOPATOLOGICOS	0,08	3	/100
PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO-PESO AO NASCER	8,24	8	/100
TAXA DE INTERNACOES POR INFECCAO RESPIRATORIA AGUDA EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	6,71	10,5	/1000
TAXA DE INTERNACOES POR DOENCA DIARREICA AGUDA EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	0	2	/1000

6	COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL TARDIA	2,24	1,4	/1000
	PROPORCAO DE PARTOS CESAREOS	53,18	45	/100
	TAXA DE INTERNACOES POR INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (ICC)	39,96	28	/10.000
	PROPORCAO DE PORTADORES DE HIPERTENSAO ARTERIAL CADASTRADOS	25,94	75	/100
	PROPORCAO DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS CADASTRADOS	28,8	75	/100
	COBERTURA DA ACAO COLETIVA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	0,76	1	/100
	MEDIA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS BÁSICOS INDIVIDUAIS	0,63	0,8	quantidade
	MEDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMILIA	0,86	0,9	quantidade
	<b>INDICADORES A SEREM ACRESCIDOS PELO MUNICÍPIO</b>	<b>Resultado 2007</b>	<b>Meta Proposta 2006</b>	<b>Unidade</b>

#### Prioridades Municipais

##### Saúde do Idoso

Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde. Implantar Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde. Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde. Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde. Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica. Instituir avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar. Instituir a atenção domiciliar ao idoso.

##### Controle do Câncer do Colo do útero e da mama

Desenvolver meios, em parceria com o estado, para incentivar a realização da cirurgia de alta frequência em ambulatório.

##### Redução da mortalidade infantil e materna

Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes. Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação na CIB e/ou CIT. Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto, quando couber. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza

Eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nos municípios prioritários. Promoção da Saúde

Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo. Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros. Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável.

##### Fortalecimento da Atenção Básica

Assumir a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família. Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios. Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos. Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços. Participar do financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. Aprimorar a inserção dos profissionais da atenção básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da atenção básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

Secretário Municipal de Saúde

Carlos Acelino Pereira

Secretário de Saúde  
Local

Comissão Intergestora Bipartite

Data

Planilha disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sisfacto](http://www.saude.gov.br/sisfacto)

**ANEXO G - Questionário para avaliação do Grau de Implantação das Áreas Estratégicas Mínimas da Atenção Básica, pelas Equipes de Saúde da Família, no município de São José – SC**

Número do Questionário: \_\_\_\_\_

Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entrevistado: 1. médico

2. enfermeiro

**CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE**

1. Nome da Unidade: \_\_\_\_\_

2. Endereço da Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

3. Território: \_\_\_\_\_

4. Data de implantação da Unidade de Saúde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5. Data de implantação da Equipe de Saúde da Família: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**EQUIPE DE SAÚDE**

6. A equipe está completa? 1. Sim

2. Não

**Considerar resposta positiva se tiver no mínimo 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACSs)**

**ADSCRIÇÃO DE CLIENTELA**

7. Nº de familiares cadastradas peça ESF: \_\_\_\_\_

7a. População da área de abrangência: \_\_\_\_\_

**CAPACITAÇÃO GERAL**

1. Sim

2. Não

8. Curso de Especialização em Saúde da Família

( ) médico ( ) enfermeiro

9. Treinamento Introdutório

- ( ) médico  
 ( ) enfermeiro  
 ( ) auxiliar de enfermagem  
 ( ) agente comunitário de saúde (ACS)

**SAÚDE DA MULHER**

1. Sim  
 2. Não

**PRÉ-NATAL**

1. Realiza/ referencia teste imunológico para diagnóstico da gravidez?  
 2. Realiza cadastramento de gestantes no 1º trimestre da gravidez?  
 3. Realiza classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta?  
 4. Realiza suplementação alimentar para gestantes com baixo peso?  
 5. Realiza acompanhamento pré-natal de baixo risco mediante:  
     ( ) consulta médica  
     ( ) consulta de enfermagem  
     ( ) visita domiciliar por ACS  
     ( ) vacina anti-tetânica

**Considerar resposta positiva se realizar no mínimo três procedimentos**

6. Realiza avaliação do puerpério?  
 7. Realiza/ referencia exames laboratoriais de rotina?  
 a. grupo sanguíneo e fator Rh  
 b. sorologia para sífilis (VDRL)  
 c. sumário de urina  
 d. hemoglobina  
 e. glicerina de jejum  
 f. citologia oncótica (se necessário)  
 g. teste anti-HIV

**Considerar resposta positiva se realizar os exames a, b, c, d, e, g**

8. Utiliza os instrumentos de registro:

( ) cartão de gestante

( ) ficha perinatal ou prontuário da gestante

**Considerar resposta positiva se tiver os dois instrumentos**

9. Existe referência para ultra-sonografia obstétrica?

10. Existe referência para o pré-natal de alto-risco?

11. Existe referência para o parto hospitalar?

12. Realiza atividades educativas para promoção à saúde dirigidas ao pré-natal?

**Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo duas das estratégias mencionadas pelo menos uma vez ao mês**

( ) abordagem individual (consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares)

( ) palestras (sala de espera, comunidade, escolas)

( ) meios de comunicação (rádio, vídeo)

( ) grupos

( ) abordagem alternativa (teatro, dramatização)

**PREVENÇÃO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO**

13. Realiza coleta de material para exame citopatológico?

14. Tem laboratório para a realização dos exames citopatológico?

15. O resultado é entregue em até 30 dias?

16. Faz busca ativa dos casos positivos?

17. Realiza consulta médica para o tratamento da cérvico-colpíte?

18. Há referência formal para casos positivos?

19. Realiza atividades educativas dirigidas à prevenção de câncer cérvico-uterino?

**Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo duas das estratégias mencionadas, pelo menos uma vez por mês**

( ) abordagem individual (consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares)

( ) palestras (sala de espera, comunidade, escolas)



- meios de comunicação (rádio, vídeo)
- grupos
- abordagem alternativa (teatro, dramatização)

### **PLANEJAMENTO FAMILIAR**

20. Realiza consulta médica e/ou enfermagem sobre planejamento familiar?

21. Orienta sobre métodos contraceptivos?

- naturais
- barreira
- hormonal
- DIU

### **Considerar resposta positiva quando orientar sobre todos os métodos**

22. Há fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais?

- preservativo
- contraceptivos hormonais
- DIU
- diafragma

### **Considerar a resposta positiva quando houver estoque de no mínimo dois métodos diferentes**

23. Existe referência para exames laboratoriais em planejamento familiar?

24. Realiza atividades educativas dirigidas ao planejamento familiar?

### **Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo duas das estratégias mencionadas pelo menos uma vez por mês**

- abordagem individual (consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares)
- palestras (sala de espera, comunidade, escolas)
- meios de comunicação (rádio, vídeo)
- grupos
- abordagem alternativa (teatro, dramatização)

### **QUESTÕES COMPLEMENTARES**

25. Houve capacitação da equipe para:

- pré-natal
- prevenção de câncer cérvico-uterino
- planejamento familiar

**Considerar resposta positiva quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados**

26. Existem normas (protocolos, manuais, livros, cartazes explicativos, fluxogramas) do Ministério da Saúde para a realização do:

- pré-natal
- prevenção de câncer cérvico-uterino
- planejamento familiar

27. Faz registro diário dos atendimentos (sistema de informação, livro de registro, prontuário) de:

- pré-natal
- prevenção de câncer cérvico-uterino
- planejamento familiar

28. Dispõe de material educativo (folder, álbum seriado, bonecas, kits educativos, fitas de vídeo) para o:

- pré-natal
- prevenção de câncer cérvico-uterino
- planejamento familiar

29. Há envolvimento multiprofissional para a realização de:

- pré-natal
- prevenção de câncer cérvico-uterino
- planejamento familiar

**Considerar resposta positiva quando houver o envolvimento de pelo menos três categorias profissionais**

30. Há alguma ação referente à saúde da mulher desenvolvida em parceria com outros setores/ONG?

- pré-natal

- ( ) prevenção de câncer cérvico-uterino
- ( ) planejamento familiar

### **SAÚDE DA CRIANÇA**

1. Sim
2. Não

### **VIGILÂNCIA NUTRICIONAL**

1. Faz captação de crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD)?
  - ( ) demanda espontânea para qualquer procedimento
  - ( ) planejamento familiar

#### **Considerar resposta positiva quando utilizar as duas formas**

2. Dispõe dos insumos/equipamentos para acompanhamento de CD?
  - ( ) balança antropométrica para adultos
  - ( ) balança pesa bebê
  - ( ) régua antropométrica
  - ( ) fita métrica
  - ( ) cartão da criança
  - ( ) ficha de desenvolvimento

#### **Considerar resposta positiva se tiver pelo menos quatro dos insumos mencionados**

3. Utiliza o cartão da criança (gráfico) para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?
4. Agenda consulta de puericultura?
5. Há na ESF algum Programa de Combate às Carências Nutricionais?
  - ( ) vitamina A
  - ( ) anemia
  - ( ) bolsa alimentação
  - ( ) outros

#### **Considerar resposta positiva quando tiver pelo menos um dos programas mencionados**

6. Faz orientação sobre o aleitamento materno durante o pré-natal?
7. Incentiva o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento?
8. Realiza visita domiciliar à puérpera/bebê na 1ª semana pós-parto?
9. Realiza atividades educativas dirigidas à vigilância nutricional (CD, aleitamento materno)?

**Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo duas das estratégias mencionadas, pelo menos uma vez ao mês**

- ( ) abordagem individual (consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares)
- ( ) palestras (sala de espera, comunidade, escolas)
- ( ) meios de comunicação (rádio, vídeo)
- ( ) grupos

### **IMUNIZAÇÃO**

10. A ESF dispõe das vacinas preconizadas pelo PNI?
  - ( ) BCG
  - ( ) anti-Hepatite B
  - ( ) tetravalente (DPT + Hib)
  - ( ) sabin
  - ( ) tríplice Viral (MMR)

**Considerar resposta positiva se tiver todas as vacinas**

11. A geladeira é de uso exclusivo para as vacinas?
12. Há tabela de controle diário da temperatura fora da geladeira?
13. As vacinas do dia ficam em caixas de isopor?
14. Tem fichário com cartão de aprazamento das vacinas?
15. Há busca de faltosos?
16. Realiza atividades educativas dirigidas à imunização?

**Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo duas das estratégias mencionadas, pelo menos uma vez ao mês**

- ( ) abordagem individual (consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares)
- ( ) palestras (sala de espera, comunidade, escolas)

- ( ) meios de comunicação (rádio, vídeo)
- ( ) grupos

### **ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVALENTE NA INFÂNCIA**

17. Utiliza os sinais preditivos para classificar os casos de Pneumonia?

- ( ) respiração rápida (RR)
- ( ) tiragem sub costal (TSC)

### **Considerar resposta positiva se responder RR e TSC**

18. Há medicamentos para o atendimento aos casos de IRA?

- ( ) amoxicilina
- ( ) cefalexina
- ( ) eritromicina
- ( ) sulfametoxazol + trimetropim
- ( ) dipirona ou paracetamol
- ( ) salbutamol ou similar
- ( ) B adrenérgico (B2) para nebulização
- ( ) soro fisiológico

### **Considerar resposta positiva se tiver pelo menos um antibiótico, um analgésico, um B2**

19. Tem nebulizador em funcionamento?

20. Há garantia de atendimento para os casos que precisam retornar?

21. Faz TRO em crianças na Unidade, se necessário?

22. Há medicamentos disponíveis para o tratamento da desintéria/cólera?

- ( ) ácido nalidíxico
- ( ) sulfametoxazol + trimetropim
- ( ) furazolidona
- ( ) amoxicilina
- ( ) eritromicina

### **Considerar resposta positiva, quando existir pelo menos dois dos medicamentos acima**

23. Há garantia de acesso à referência ambulatorial especializada ou hospitalar quando necessário, programada e negociada, com mecanismos de regulação?

24. Realiza atividades educativas dirigidas às doenças prevalentes (Controle da Doença Diarréica – CDD, Infecções Respiratórias Agudas - IRA)?

**Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo duas das estratégias mencionadas, pelo menos uma vez ao mês**

- ( ) abordagem individual (consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares)
- ( ) palestras (sala de espera, comunidade, escolas)
- ( ) meios de comunicação (rádio, vídeo)
- ( ) grupos

### **QUESTÕES COMPLEMENTARES**

25. Houve capacitação da equipe para:

- ( ) crescimento e desenvolvimento
- ( ) aleitamento materno
- ( ) imunização
- ( ) assistência às doenças prevalentes da infância

**Considerar resposta positiva quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados**

26. Existem normas (protocolos, manuais, livros, cartazes explicativos, fluxogramas) do Ministério da Saúde para a realização do:

- ( ) crescimento e desenvolvimento
- ( ) aleitamento materno
- ( ) imunização
- ( ) assistência às doenças prevalentes da infância

27. Dispõe de material educativo (folder, álbum seriado, bonecas, kits educativos, fitas de vídeo) para o:

- ( ) crescimento e desenvolvimento
- ( ) aleitamento materno
- ( ) imunização
- ( ) assistência às doenças prevalentes da infância

28. Há envolvimento multiprofissional para:

- ( ) crescimento e desenvolvimento
- ( ) aleitamento materno
- ( ) imunização
- ( ) assistência às doenças prevalentes da infância

**Considerar resposta positiva quando houver envolvimento de pelo menos três categorias profissionais**

29. Há alguma ação referente à saúde da criança desenvolvida em parceria com outros setores/ONG?

- ( ) crescimento e desenvolvimento
- ( ) aleitamento materno
- ( ) imunização
- ( ) assistência às doenças prevalentes da infância

### **CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)**

1. Sim
2. Não

### **DIAGNÓSTICO DE CASOS**

1. A ESF realiza o diagnóstico da HAS?
2. Dispõe de material para diagnóstico?
  - ( ) tensiômetro
  - ( ) estetoscópio
  - ( ) balança antropométrica para adulto

**Considerar resposta positiva se tiver todos os insumos citados**

3. Existe manutenção periódica dos equipamentos?

### **CADASTRAMENTO DE PORTADORES**

4. Os portadores de HAS são cadastrados nos sistemas de informações, livro de registro, prontuário?

**BUSCA ATIVA DE CASOS**

5. Realiza mediação da pressão arterial (PA) de usuários?
- ( ) demanda espontânea para qualquer procedimento
  - ( ) visita domiciliar
  - ( ) campanhas/mutirões

**Considerar resposta positiva quando utilizar pelo menos duas estratégias**

**TRATAMENTO DOS CASOS**

6. Realiza acompanhamento para controle das HAS?
- ( ) ambulatorial
  - ( ) domiciliar

**Considerar resposta positiva se acompanhar os casos nas duas instâncias**

7. Fornece medicamentos para o controle da HAS?
- a. hidroclorotiazida
  - b. furosemida
  - c. alfametildopa
  - d. clonidina
  - e. propranolol
  - f. captopril
  - g. adalat
  - h. outros

**Considerar resposta positiva quando tiver a, e, f**

8. Acompanha sistematicamente em domicílio os pacientes com seqüela de AVC e outras complicações?
9. Realiza busca sistemática dos pacientes faltosos?

**DIAGNÓSTICO PRECOCE DAS COMPLICAÇÕES**

10. Realiza ou referencia os exames laboratoriais complementares:
- ( ) glicemia de jejum
  - ( ) colesterol total / HDL / LDL
  - ( ) triglicerídeos
  - ( ) uréia
  - ( ) creatinina



( ) hematimetria (Hg + Ht)

**Considerar resposta positiva se realizar todos os exames**

- 11. Tem referência para ECG?
- 12. Tem referência para RX de tórax?

**1º ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (aumento súbito da pressão arterial não associada a quadros clínicos agudos como obnubilação, vômitos, dispnéia, e que não apresentam risco imediato de morte ou dano em órgão alvo.)**

- 13. Realiza o 1º atendimento de urgência hipertensiva na ESF?
- 14. Dispõe de medicamentos para o atendimento de urgência?
- 15. Os casos de urgência hipertensiva, após controle, são acompanhados em domicílio?

**MEDIDAS PREVENTIVAS**

- 16. Desenvolve ações educativas para o controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações?

**Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo duas das estratégias mencionadas, pelo menos uma vez ao mês**

- ( ) abordagem individual (consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares)
- ( ) palestras (sala de espera, comunidade, escolas)
- ( ) meios de comunicação (rádio, vídeo)
- ( ) grupos
- ( ) abordagem alternativa (teatro, dramatização)
- 17. Existe material educativo (folder, álbum seriado, kits educativos, fitas de vídeo) para o controle da HAS ou promoção de hábitos saudáveis?

**QUESTÕES COMPLEMENTARES**

- 18. Houve capacitação da equipe para a implantação da HAS?

**Considerar resposta positiva quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados**

19. Existem normas (protocolos, manuais, livros, cartazes explicativos, fluxogramas) do Ministério da Saúde para o controle da HAS?

20. Há envolvimento multiprofissional na operacionalização do Controle da HAS?

**Considerar resposta positiva quando houver o envolvimento de pelo menos três categorias profissionais**

21. Há alguma ação referente ao controle da HAS desenvolvida em parceria com outros setores/ONG?

### **CONTROLE DA DIABETES MELLITUS (DM)**

1. Sim
2. Não

### **DIAGNÓSTICO DE CASOS**

1. A ESF realiza investigação do diabetes mellitus em usuários com fatores de risco (história familiar, obesidade, HAS, história obstétrica)?
2. O diagnóstico de DM é feito com base em:
  - ( ) sintomas clássicos de DM
  - ( ) valores de glicemia de jejum

**Considerar resposta positiva se o diagnóstico usar ambos os critérios**

### **CADASTRAMENTO DE PORTADORES**

3. Os portadores de DM são cadastrados nos sistemas de informação, livro de registro, prontuário?

### **BUSCA ATIVA DE CASOS**

4. A ESF realiza busca ativa de casos?
  - ( ) demanda espontânea para qualquer procedimento
  - ( ) visita domiciliar
  - ( ) campanhas/mutirões

**Considerar resposta positiva quando utilizar pelo menos duas estratégias**

5. Realiza acompanhamento dos pacientes com DM?
  - ( ) ambulatorial
  - ( ) domiciliar

**Considerar a resposta positiva se acompanhar os casos nas duas instâncias**

6. Fornece medicamentos para o controle da DM?
  - a. clorpropamida
  - b. glibenclamida
  - c. glipizida
  - d. gliclazida
  - e. glimepirida
  - f. metformina
  - g. insulina

**Considerar resposta positiva quando tiver b, f, g**

7. Realiza busca sistemática dos pacientes faltosos?

**MONITORIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE GLICOSE DO PACIENTE**

8. A monitorização do paciente é feita através da glicemia capilar pela ESF?

**DIAGNÓSTICO PRECOCE DAS COMPLICAÇÕES**

9. Realiza ou referencia os exames laboratoriais para apoio ao diagnóstico de complicações:
  - a. glicemia de jejum
  - b. hemoglobina glicosilada
  - c. colesterol total / HDL / LDL
  - d. triglicerídeos
  - e. uréia
  - f. creatinina
  - g. hematimetris (Hg + Ht)

**Considerar resposta positiva se realizar a, b, c, d, e, f, g**

10. Tem referência para ECG?

**1º ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (coma hiperosmolar = 300mg/100ml e/ou descompensação acentuada da glicemia; infecção em pé diabético; hipoglicemia)**

11. Realiza o 1º atendimento de urgência às complicações agudas e outras intercorrências em diabetes na ESF?
12. Há acompanhamento domiciliar dos pacientes que tiveram atendimento de urgência?

### **ENCAMINHAMENTO DE CASOS GRAVES PARA OUTRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE**

13. Os casos graves são agendados para atendimento em outro nível de complexidade com garantia de atendimento?

### **MEDIDAS PREVENTIVAS E DE PROMOÇÃO À SAÚDE**

14. Desenvolve ações educativas para o controle de condições de risco (história familiar, controle do peso, hipertensão, história obstétrica, orientação alimentar, atividade física)?
15. Desenvolve ações educativas para a prevenção de complicações (conhecimento sobre a doença, cuidados com os pés, cessação do tabagismo e do alcoolismo, controle da hipertensão e das dislipidemias)?

**Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo duas das estratégias mencionadas, pelo menos uma vez ao mês**

- (    ) abordagem individual (consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares)
  - (    ) palestras (sala de espera, comunidade, escolas)
  - (    ) meios de comunicação (rádio, vídeo)
  - (    ) grupos
  - (    ) abordagem alternativa (teatro, dramatização)
16. Desenvolve ações educativas para a auto-aplicação de insulina?
  17. Existe material educativo (folder, álbum seriado, kits educativos, fitas de vídeo) para o controle da DM ou promoção de hábitos saudáveis?

### **QUESTÕES COMPLEMENTARES**

18. Houve capacitação da equipe para a implantação do controle da DM?

**Considerar resposta positiva quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados**

19. Existem normas (protocolos, manuais, livros, cartazes explicativos, fluxogramas) do Ministério da Saúde para o Controle da DM?
20. Há envolvimento multiprofissional na operacionalização do Controle da DM?

**Considerar resposta positiva quando houver o envolvimento de pelo menos três categorias profissionais**

21. Há alguma ação referente ao controle da DM desenvolvida em parceria com outros setores/ONG?

### **CONTROLE DA TUBERCULOSE**

1. Sim
2. Não

### **BUSCA ATIVA DE CASOS**

1. Faz identificação de sintomáticos respiratórios (SR)?
  - ( ) demanda espontânea para qualquer procedimento
  - ( ) visitas domiciliares
  - ( ) investigações epidemiológicas de casos conhecidos

**Considerar a resposta positiva se utilizar no mínimo duas estratégias**

### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CASOS**

2. Realiza exame clínico dos:
  - ( ) sintomáticos respiratórios (SR)
  - ( ) comunicantes de casos

**Considerar a resposta positiva se realizar o exame em um dos grupos**

### **ACESSO A EXAMES PARA DIAGNÓSTICO E CONTROLE LABORATORIAL E RADIOLÓGICO**

3. Realiza ou referencia baciloscopia para diagnóstico?
4. Realiza ou referencia baciloscopia para controle, no 2º, 4º e 6º mês?
5. Existe referência para exame radiológico em SR com baciloscopia negativa?

### **CADASTRAMENTO DE PORTADORES**

6. A Unidade faz a notificação dos casos?

7. Os pacientes são cadastrados nos sistemas de informações, livro de registro (livro preto), prontuário?

### **TRATAMENTO DOS CASOS**

8. Realiza o tratamento para TB na própria unidade?
9. Realiza tratamento supervisionado em pacientes BK+ com risco de abandono de tratamento?
10. Realiza tratamento auto-administrado nos casos BK-?
11. Há garantia de medicamento para o tratamento dos casos?
12. Realiza atendimento às intercorrências do tratamento?
13. Realiza busca aos pacientes faltosos?

### **MEDIDAS PREVENTIVAS**

14. Realiza vacinação BCG?
15. Realiza quimioprofilaxia em grupos com alto risco de contrair tuberculose?
16. Realiza acompanhamento clínico dos comunicantes?
17. Realiza atividades educativas com divulgação dos sinais e sintomas da tuberculose?

**Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo duas estratégias mencionadas, pelo menos uma vez ao mês**

- (    ) abordagem individual (consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares)
- (    ) palestras (sala de espera, comunidade, escolas)
- (    ) meios de comunicação (rádio, vídeo)
- (    ) grupos
- (    ) abordagem alternativa (teatro, dramatização)
18. Existe material educativo (folder, álbum seriado, kits educativos, fitas de vídeo) para o Controle da Tuberculose?

### **QUESTÕES COMPLEMENTARES**

19. Houve capacitação da equipe para a implantação do Controle da Tuberculose?

**Considerar resposta positiva quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados**

20.A Unidade dispõe de normas (protocolos, manuais, livros, cartazes explicativos, fluxogramas) do Ministério da Saúde padronizadas para o Controle da Tuberculose?

21.Há envolvimento multiprofissional na operacionalização do Controle da Tuberculose?

**Considerar resposta positiva quando houver o envolvimento de pelo menos três categorias profissionais**

22.Há alguma ação referente ao Controle da Tuberculose desenvolvida em parceria com outros setores/ONG?

### **ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE**

1. Sim
2. Não

### **BUSCA DE CASOS**

1. Faz identificação de sintomáticos dermatológicos entre os usuários?
  - ( ) demanda espontânea para qualquer procedimento
  - ( ) visitas domiciliares
  - ( ) investigações epidemiológicas de casos conhecidos

**Considerar a resposta positiva se utilizar no mínimo duas estratégias**

### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO DOS CASOS**

2. Realiza exame clínico:
  - ( ) sintomáticos dermatoneurológicos
  - ( ) comunicantes de casos

**Considerar a resposta positiva se realizar o exame em um dos grupos**

3. Realiza a classificação clínica dos casos (multibacilares e paucibacilares)?

### **CADASTRAMENTO DE PORTADORES**

4. A Unidade faz a notificação dos casos
5. Os pacientes são cadastrados nos sistemas de informações, livro de registro, prontuário?

### **TRATAMENTO SUPERVISIONADO DOS CASOS**

6. Realiza a classificação clínica dos casos?

- ambulatorial
- domiciliar

**Considerar a resposta positiva se acompanhar os casos em ambas as instâncias**

- 7. Realiza avaliação dermatoneurológica dos casos em tratamento?
- 8. Há garantia de medicamento para o tratamento dos casos?
- 9. Realiza atendimento às intercorrências?
- 10. Realiza a busca aos pacientes faltosos?
- 11. Realiza curativos nos pacientes em tratamento, quando necessários?

### **CONTROLE DAS INCAPACIDADES FÍSICAS**

- 12. Avalia e classifica as incapacidades físicas?
  - diagnóstico
  - tratamento

**Considerar a resposta positiva se classificar nos dois momentos**

- 13. Realiza aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades?

### **MEDIDAS PREVENTIVAS**

- 14. Realiza acompanhamentos clínicos dos comunicantes?
- 15. Realiza vacina BCG nos comunicantes?
- 16. Realiza atividades educativas com divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase?

**Considerar resposta positiva se utilizar no mínimo duas das estratégias mencionadas, pelo menos uma vez ao mês**

- abordagem individual (consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares)
- palestras (sala de espera, comunidade, escolas)
- meios de comunicação (rádio, vídeo)
- grupos
- abordagem alternativa (teatro, dramatização)
- 17. Existe material educativo (folder, álbum seriado, kits educativos, fitas de vídeo) para a Eliminação da Hanseníase?



**QUESTÕES COMPLEMENTARES**

18. Houve capacitação da equipe para a implantação do Programa de Eliminação da Hanseníase?

**Considerar resposta positiva quando pelo menos o médico e o enfermeiro forem capacitados**

19. A Unidade dispõe de normas (protocolos, manuais, livros, cartazes explicativos, fluxogramas) do Ministério da Saúde padronizadas para o Programa de Eliminação da Hanseníase?

20. Há envolvimento multiprofissional na operacionalização do Programa de Eliminação da Hanseníase?

**Considerar resposta positiva quando houver o envolvimento de pelo menos três categorias profissionais**

21. Há alguma ação referente ao Programa de Eliminação da Hanseníase desenvolvida em parceria com outros setores/ONG?

# 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](#)