

CINTHYA OLIVEIRA FLORIANO

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 26ª SDR**

Dissertação apresentada para
obtenção do título de Mestre em
Desenvolvimento Regional do
Programa de Mestrado em
Desenvolvimento Regional da
Universidade do Contestado, Campus
Canoinhas, sob orientação da
professora Dra. Maria Luiza Milani.

CANOINHAS

2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe Ângela e meu pai Rogério, que me ensinaram a humildade, a honestidade e o valor do trabalho. A meus filhos Clarice e Pedro Henrique que são minha razão de viver. Por eles agradeço a Deus todos os dias da minha vida, pois hoje dou valor a todos os momentos e aos pequenos gestos.

Minha mãezinha amada, amiga, carinhosa, que abriu e abre mão de tudo e de todos por mim e por meus irmãos, que mesmo distante, sente minhas emoções, minhas tristezas e minhas alegrias e permanece ao meu lado e acalenta meu coração. Se não fosse a saudade, quase passaria despercebido que está a quase 500 km de distância, pois o calor do amor me rodeia o tempo todo.

Ao meu pai, companheiro, amigo e incentivador. Meu artista predileto, que se não fosse pelas suas sacudidas, talvez minha trajetória tivesse sido diferente. O pai forte e sério, e ao mesmo tempo, o pai sensível, amoroso e compreensível, que me ensina e me zela em todas as horas da minha vida.

É para deixá-los orgulhosos e felizes que me esforço...

Vocês são os amores da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço antes de tudo a Deus, pelas dádivas recebidas e por ser tão feliz.

A minha família tão amada. Esta família escolhida por mim, antes mesmo da concepção para dividir a jornada terrestre. Ao meu marido e companheiro Carlos que a cada dia amo mais, pois com ele construí uma família e sou realizada. O amigo que está ao meu lado em todas as horas, me encorajando e me apoiando. Meus irmãos Francine e Filipi e sobrinha Letícia que são pessoas fundamentais para que eu mantenha minha estrutura, pois sem o carinho deles minha vida seria preto e branco; meus tios queridos, meu tio irmão, Tio Jefe, minha tia amada, tia Mile, meus avós e padrinhos, vó Déo e vô Joel que me ensinaram a acreditar nas pequenas emoções da vida, no carinho, no cuidado e no zelo pela família, e que me instruíram que cultivar esse amor é imprescindível.

Que o amor nesta família esteja acima de tudo. *“Não vamos nos dispersar, continuaremos unidos”*.

A minha grande amiga, irmã escolhida, Kélly Patrícia Laska (*in memoriam*) que infelizmente não está mais neste plano para comemorar comigo esta etapa vencida, porém sem ela, com certeza meu destino profissional teria sido diferente.

A todas as pessoas que contribuíram para a realização desta pesquisa, em especial a amiga Dilza, que muitos cafés me serviu durante os longos dias de estudo, aos amigos Álvaro, Jomara e Juliano, que contribuíram com suas sabedorias, e a parceira Lala, que me auxiliou na coleta de dados e esteve presente, me incentivando durante a execução do trabalho.

A minha orientadora, Dra. Maria Luiza Milani, por seu conhecimento e paciência, cujas valiosas orientações permitiram a conclusão deste trabalho.

A todos os professores, coordenação e funcionários do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e a todas as instituições, que participaram desse estudo.

A todos, o meu muito obrigada.

Epígrafe

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro”.

Leonardo Boff

RESUMO

Este estudo tem como tema a contribuição da estratégia saúde da família (ESF) na reestruturação da atenção primária em saúde para o desenvolvimento local. Na pesquisa utilizou-se a exploração quali-quantitativa descritiva, abrangendo municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR de Canoinhas. Esses municípios pesquisados foram: Bela Vista do Toldo, Três Barras, Major Vieira e Irineópolis. O objetivo geral foi pesquisar a implementação da ESF nesses municípios e sua contribuição na reestruturação da atenção primária em saúde e no desenvolvimento local. Especificamente os objetivos foram: apresentar o cenário das políticas públicas de saúde no Brasil e sua relação com o desenvolvimento local; descrever a legislação e as diretrizes da estratégia saúde da família, na perspectiva de reestruturação da atenção primária em saúde; pesquisar a realidade da execução da ESF nos municípios e comparar com as diretrizes da estratégia; e, analisar a contribuição da ESF para o desenvolvimento local nestes municípios. Foram entrevistados 113 profissionais que compõem as 18 ESF dos municípios estudados. Quanto aos resultados da pesquisa de campo, constatou-se, que a contribuição da ESF para a reestruturação da APS é limitada e modesta na região. As diretrizes da ESF não estão sendo cumpridas na íntegra em nenhum dos municípios estudados. Conclui-se, que a ESF não está contribuindo para reestruturar a atenção primária em saúde e desta forma, não está favorecendo o desenvolvimento local. É fundamental e urgente que as equipes de ESF sejam destinadas à sua real função. Para que isto ocorra, os conselhos municipais de saúde, gestores e coordenadores das ESF, precisam assegurar o cumprimento das normas e diretrizes da estratégia pelos profissionais. É necessário ainda, que os investimentos destinados às ações de atenção primária a saúde e ESF sejam disponibilizados para garantir gastos com a saúde em ações voltadas à prevenção e tratamento dos usuários.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional.

ABSTRACT

This study addresses the contribution of family health strategy (ESF) on restructuring primary health care for local development. At the research, qualitative exploration was used, through less than 20,000 inhabitants in the 26th regional development secretary (SDR) from Canoinhas. These towns are: Bela Vista do Toldo, Três Barras, Major Vieira and Irineópolis. The research objective was to research the ESF implementation on these cities, and its contribution on restructuring of primary health care and local development. Specific objectives were: to present public health scene in Brazil and its relationship to local development; to describe laws and guidelines from ESF, focusing on restructuring of local primary health care; research the true accomplishment of ESF on cities and compare with ESF guidelines. One hundred and thirteen professionals from all the 18 ESF from these towns were interviewed. Regarding to field research results, we checked that contribution from ESF on restructuring APS was limited and modest on this region. Guidelines from ESF are not being fulfilled at no one of the towns. We concluded that ESF is not contributing to restructuring basic health care, and so is not favoring local development. It's fundamental and urgent that ESF teams be directed to its real function. To do so, Cities Health Councils, managers and ESF coordinators ensure rules and guidelines fulfillment by health care professionals. It's also necessary that investments directed towards health care actions be available to cover costs related to actions on preventive and curative treatment

Key – word: family health strategy, , Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: public policies e Desenvolvimento Regional.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica a Saúde
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
AIU – Avaliação de Imunobiológicos Utilizados
AMURC – Associação dos Municípios da Região do Contestado
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
API – Avaliação de Imunobiológicos Aplicados
APS – Atenção Primária em Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil
DATASUS – Departamento de informações do Sistema Único de Saúde
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
FNS – Fundo Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
km – Quilômetro
km² – Quilômetro Quadrado
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB-SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNDR – Política Nacional de Desenvolvimento Regional
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PP – Políticas Públicas
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PREVSAUDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Emergência
SDR – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SAI – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB – Sistema de Informações de Atenção Básica
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informações de Notificação Compulsória
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SINPAS – Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social
SIOPS – Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISPRENATAL – Sistema de Informação de Assistência Pré-Natal
SISVAN – Sistema Informação de Vigilância Nutricional
SUS – Sistema Único de Saúde
THD – Técnico em Higiene Dental
USF – Unidades de Saúde da Família
VD – Visita Domiciliar

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1 – Municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR – Bela Vista do Toldo, Irineópolis, Major Vieira e Três Barras	23
Figura 1 – Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Total de pessoas por sexo e faixa etária até 14 anos, dos Municípios com menos de 20.000 da 26ª SDR, julho/2009	28
Gráfico 2 – Profissionais que possuem duplo vínculo empregatício, por município e categoria profissional	90
Gráfico 3 – Tempo de atuação na ESF no município, por categoria profissional e município	92
Gráfico 4 – Forma de contratação por categoria profissional	93
Gráfico 5 – Profissionais que identificam os demais integrantes da sua equipe, por município e categoria profissional	95
Gráfico 6 – Residência dos entrevistados por categoria profissional	97
Gráfico 7 – Profissionais que identificam o número de famílias da sua área de abrangência, por município e categoria profissional	98
Gráfico 8 – Reconhecimento territorial da área de abrangência, por município e categoria profissional	99
Gráfico 9 – Acondicionamento do prontuário clínico na USF.....	102
Gráfico 10 – Organização da visita domiciliar para tratamento clínico.....	113
Gráfico 11 – Existência de internamento domiciliar na ESF, por município e categoria profissional	114
Gráfico 12 – Existência de acompanhamento de grupos na ESF.....	117
Gráfico 13 – Comunicação na ESF	118
Gráfico 14 – Formas de resolução dos problemas na ESF, por município	119
Gráfico 15 – Pesquisados que realizaram o curso introdutório da ESF, por categoria profissional.....	121
Gráfico 16 – Distribuição de material/equipamento para o ACS, por município.....	126
Gráfico 17 – Disponibilidade dos medicamentos e participação na seleção, por categoria profissional	127
Gráfico 18 – Disponibilidade de exames básicos na ESF	128
Gráfico 19 – Disponibilidade de exames de maior complexidade na ESF.....	129
Gráfico 20 – Periodicidade das reuniões na ESF	132
Gráfico 21 – Conhecimento sobre SIAB	135
Gráfico 22 – Realização de monitoramento da ESF.....	136
Gráfico 23 – Realização de pesquisa na ESF, por município	137
Gráfico 24 – Opinião da equipe sobre a implantação da ESF, por município e categoria profissional	138
Gráfico 25 – Dificuldades da equipe para atuar na ESF	139

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População urbana e rural dos municípios com menos de 20.000 da 26ª SDR, (1991 e 2000)	25
Tabela 2 – Pessoas e famílias dos municípios com menos de 20.000 da 26ª SDR, (julho/2009)	26
Tabela 3 – Total de pessoas por sexo e faixa etária de até 14 anos dos Municípios com menos de 20.000 da 26ª SDR, (julho/2009)	27
Tabela 4 – População por sexo e faixa etária a partir de 15 anos dos Municípios com menos de 20.000 da 26ª SDR, (julho/2009)	29
Tabela 05 – Óbitos por local de residência, (2002 a 2007)	29
Tabela 06 – Mortalidade até um ano de idade e até cinco anos, (1991, 2000)	30
Tabela 07 – Internações hospitalares pelo SUS por causas e local de residência, (Jan/2008 a Jul/2009)	31
Tabela 08 – Esperança de vida ao nascer e probabilidade de sobrevivência até 60 anos, (1991 e 2000)	32
Tabela 09 – Taxa de fecundidade total, (1991 e 2000)	33
Tabela 10 – Estabelecimentos públicos de saúde dos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR	34
Tabela 11 – Serviços de emergência dos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR	35
Tabela 12 – Especialidades médicas nos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR	35
Tabela 13 – Despesa total com saúde por habitante (R\$) e despesa com recurso próprio por habitante, nos Municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, (2004 a 2007)	36
Tabela 14 – Intensidade de pobreza nos municípios com menos de 20.000 da 26ª SDR, (1991 e 2000)	37
Tabela 15 – Tipo de abastecimento de água por domicílio, (2008)	38
Tabela 16 – Destino do lixo por domicílio, (2000)	39
Tabela 17 – Tipo de esgotamento e com energia elétrica por domicílio, (2008)	39
Tabela 18 – Taxa de escolarização por grupos de idade (2000).....	41
Tabela 19 – Cobertura populacional da ESF nos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, (2004 a 2007)	86
Tabela 20 – Equipes de saúde da família nos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, (01/2010)	87
Tabela 21 – Total de profissionais cadastrados no CNES e total de profissionais entrevistados	89
Tabela 22 – Valor salarial na ESF, por município e categoria profissional	91
Tabela 23 – Procedimentos realizados pelo médico na ESF	104
Tabela 24 – Procedimentos realizados pelo cirurgião dentista na ESF.....	106
Tabela 25 – Procedimentos realizados pelo enfermeiro na ESF	108
Tabela 26 – Atividades desenvolvidas pelo ACS durante a visita domiciliar...	110
Tabela 27 – Disponibilidade de materiais e equipamentos médicos e de enfermagem na USF	124

Tabela 28 – Disponibilidade de materiais e equipamentos odontológicos na USF.....	125
---	-----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 APRESENTAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO.....	23
2.1 CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS COM MENOS DE 20.000 HABITANTES DA 26ª SDR	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	43
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL - REGIONAL	43
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	47
3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	54
3.3.1 Etapas para implantação da ESF	57
3.3.2 Unidade Saúde da Família	61
3.3.3 Processo de Trabalho da Equipe Saúde da Família	63
3.3.4 Intersetorialidade na ESF	69
3.3.5 Educação Permanente e Educação Continuada na ESF	72
3.3.6 Monitoramento, Planejamento e Avaliação das Ações na ESF	76
3.3.7 Financiamento das Ações na ESF	81
3.4 CONTROLE SOCIAL	83
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	86
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PESQUISADAS	86
4.2 ANÁLISE DAS QUESTÕES DE PESQUISA	95
4.2.1 Vinculação da ESF à População Adscrita	95
4.2.2 Processo de Trabalho e Ações Desenvolvidas na ESF	102
4.2.3 Capacitação e Educação Permanente	120
4.2.4 Infra-Estrutura e Recursos Necessários na USF	122
4.2.5 Serviço de Referência e Contra Referência	130
4.2.6 Planejamento, Monitoramento e Avaliação	131
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS	147
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	154
APENDICE A – Roteiro para entrevista com agente comunitário de saúde da estratégia saúde da família	156
APENDICE B – Roteiro para entrevista com cirurgião dentista da estratégia saúde da família	159
APENDICE C – Roteiro para entrevista com enfermeiro da estratégia saúde da família	163
APENDICE D – Roteiro para entrevista com médico da estratégia saúde da família	167

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema a contribuição da estratégia saúde da família (ESF) na reestruturação da atenção primária em saúde para o desenvolvimento local. Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo, quali-quantitativo, e tem a finalidade de pesquisar a implementação e a contribuição da estratégia saúde da família na reestruturação da atenção primária em saúde em municípios com até 20.000 habitantes da 26ª SDR, bem como estabelecer um elo entre políticas públicas de saúde e desenvolvimento local. Foi delimitada a metodologia política da territorialização de área, abrangendo municípios com menos de 20.000 habitantes, por possibilitar o estudo de municípios com características similares e coordenados pela mesma Gerência de Saúde, que por sua vez encontra-se subordinada a 26ª SDR de Canoinhas. Esta SDR está localizada no Planalto Norte Catarinense e os municípios com menos de 20.000 habitantes que integram essa Secretaria são Bela Vista do Toldo, Três Barras, Major Vieira e Irineópolis.

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem recebido investimentos no que se refere à formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2006 e). Observa-se esforço do governo das três esferas para a construção de um modelo de saúde que priorize ações de melhoria de qualidade de vida, tanto de sujeitos, quanto de coletivos e estimule a transformação destes, de modo a implicar mudanças para as atuais e futuras gerações, no que diz respeito à satisfação de suas necessidades básicas.

O sistema de saúde brasileiro vem sendo modificado ao longo das últimas décadas com o intuito de organizar as ações de saúde e garantir acesso a assistência a saúde a todos às pessoas. Mesmo com esforço dos atores envolvidos, o panorama da saúde no Brasil vem passando por diversas dificuldades e as tentativas de estruturação do sistema público de saúde não são exitosas. O acesso da população aos serviços e assistência a saúde, continua limitado, a estrutura é insuficiente e precária. O contraste existente entre a teoria e a prática, está explícito nas filas nas unidades de saúde, falta de vagas em

hospitais e epidemias e endemias recorrentes no Brasil. A população, em sua maior parte, a carente, está a espera de um sistema de saúde que contemple assistência integral e de acordo com as necessidades existentes em cada região do país.

A primeira tentativa de organizar o sistema de saúde brasileiro e garantir os direitos dos usuários foi a criação do SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas das esferas federais, estaduais e municipais e foi referenciado pela Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988. Anterior a CRFB, a saúde não era direito de todos; apenas recebia a assistência médica, os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e que pagavam a previdência social. Os demais trabalhadores eram encaminhados a hospitais universitários ou ficavam aguardando auxílio dos governos municipais ou estaduais. (SANTA CATARINA, 2002).

Segundo Figueiredo (2003, p. 263), o SUS é um sistema único porque segue os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo. É classificado como sistema, pelo conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum.

A legislação do SUS determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Esse modelo definiu os princípios da universalidade para as ações e acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, equidade, igualdade, descentralização, regionalização, destacando o direito da população à informação e participação. O princípio do acesso universal garante atendimento a todas as pessoas, independente de cor, raça, religião, local de moradia, e situação financeira. A equidade garante que todo cidadão receba atendimento igual no SUS conforme as suas necessidades. A integralidade reconhece que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. A regionalização e hierarquização das ações organizam os serviços necessários à população em níveis de complexidade tecnológica crescente. O acesso deve acontecer pelo nível primário de atenção, referenciando com outros serviços os atendimentos de alta complexidade, para uma área delimitada. Mesmo que estes princípios não

tenham ainda sido atingidos na sua plenitude, é impossível negar os importantes avanços da saúde pública obtidos nesta última década no processo de consolidação do SUS.

No entanto, de acordo com a Fiocruz (2008), o SUS foi festejado em sua origem e aperfeiçoado com a descentralização dos serviços por todo o país, porém, foi prejudicado de diversas formas durante os seus 20 anos de existência, com financiamentos indefinidos, força de trabalho precarizada, repasses crescentes à rede privada, por insuficiente investimento na rede pública de saúde.

Além disso, a forma tradicional e generalizada que a saúde foi conduzida até o momento, fragmentava o indivíduo e o seu contexto familiar, seus valores socioeconômicos, gerando dependência social, pois tratava-os como permanentes receptores de benefícios externos.

A década de 1990 caracteriza-se por ser a década das reformas dos sistemas nacionais de saúde. Neste contexto, a reforma no caso brasileiro, diz respeito a mudanças no modelo assistencial operado no SUS, quando foram inseridos dois novos programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Essas estratégias são a tentativa mais recente de reestruturar o SUS, e surgiram com o conceito de que é necessário que haja mudanças nas equipes de saúde que atuam na Atenção Primária em Saúde e no modelo assistencial do SUS. É necessário ultrapassar a passividade dos serviços de saúde e agir nos riscos de adoecer, ou seja, prevenir o aparecimento e o aumento das doenças. As pessoas devem ser estimuladas a participar no processo de desenvolvimento social e econômico, para que sejam capazes de exercer controle sobre suas vidas. Além disso, essas estratégias visam alterar a forma de organização dos serviços, alterar as modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde.

O PACS e a ESF nascem no acirramento da crise estrutural do setor saúde no país, vivenciadas pela população brasileira, que nas décadas anteriores, sentiu o distanciamento entre seus direitos garantidos em lei e a capacidade efetiva do Estado em ofertar as ações e serviços públicos de saúde. (SOUZA; HAMANN, 2006, p. 05).

A ESF teve início em 1994, como uma extensão do PACS de 1991. Como uma estratégia política, vem para promover a organização das ações de atenção básica à saúde pelos sistemas municipais de saúde. Fundamenta-se na ética social e cultural, com vistas a promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Para Souza (2000), a estratégia saúde da família propõe uma nova dinâmica na estruturação dos serviços de saúde, bem como, da sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. A estratégia assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles interferindo de forma apropriada.

A ESF tem como foco a criação de vínculos e de compromissos entre equipe e a população, em uma área geograficamente delimitada. A equipe tem composição multidisciplinar e é responsável pela atenção integral continuada à saúde de uma população entre 2.400 a 4.000 pessoas residentes em um território de abrangência. A equipe é composta no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e em média seis agentes comunitários de saúde.

O trabalho da equipe ESF inicia-se pelo mapeamento do território e cadastramento da população adstrita¹, seguido pelo diagnóstico de saúde da comunidade, planejamento e priorização das ações que necessitam ser desenvolvidas. Neste contexto, as equipes devem estabelecer vínculos com a comunidade para que possa ser realizado o acompanhamento ao longo do tempo, dos processos saúde-doença que os acometem ou poderão os acometer. (BRASIL, 2006 b).

Dentre as atividades realizadas, a equipe desenvolve ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos e família, por meio de visitas domiciliares, acompanhamento de grupos específicos e atendimento na unidade de saúde da área adstrita.

¹ População adstrita na ESF diz respeito a um número limitado de famílias, residentes em uma área específica.

Em sentido amplo, a ESF tem o desafio de natureza estrutural, pois tem o objetivo de deshospitalizar e educar, transpondo de um cenário que apresentava a doença como foco para um cenário direcionado a prevenção, tendo o aspecto de agilizar a descentralização de serviços, propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados de forma articulada, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais vulneráveis.

Portanto, a Estratégia Saúde da Família constitui-se em uma alternativa para reorganizar a prática à atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, e enfrentar os problemas de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e, portanto é uma política pública que influencia no desenvolvimento social e econômico da população por meio da superação das exclusões e das vulnerabilidades que assolam o país. Para tanto, exige a organização de serviços descentralizados, ágeis, democráticos em sua gestão, com novos tipos de ações, capazes de atender as demandas da rápida transformação da estrutura etária da população, a complexa evolução dos problemas de saúde e as características regionais. A rápida expansão da ESF e a ampliação do acesso aos serviços básicos, especialmente para as populações mais carentes por ela proporcionadas, garantiu um reconhecimento de sua importância.

Assim, levando em consideração as legislações do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família e os objetivos propostos por estas políticas públicas de saúde, e ainda, a problemática atual do acesso a atenção a saúde e as diferentes implementações da estratégia nos municípios e regiões, a seguinte questão se apresenta: como a ESF está sendo implementada em municípios com até 20.000 habitantes da 26ª Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional (SDR), a ponto de contribuir para reestruturar a atenção primária em saúde e para o desenvolvimento local?

Partiu-se da hipótese que para assegurar o funcionamento da Estratégia Saúde da Família segundo a legislação, possibilitando a reestruturação da atenção primária em saúde e contribuir para o desenvolvimento local, é necessário seguir as diretrizes da estratégia, reduzir a rotatividade dos profissionais, qualificar os profissionais que fazem parte das equipes,

disponibilizar recursos financeiros suficientes e, articular as políticas públicas de forma intersetorializadas.

Ao longo das últimas décadas, a ESF foi incorporada às discussões e as agendas daqueles envolvidos com a gestão do setor saúde no país. A compreensão do seu caráter estratégico torna ainda mais crucial uma análise de sua concepção e implantação, uma avaliação das lacunas e deficiências a serem superadas, uma proposição de caminhos a serem seguidos para que a ESF venha efetivamente possibilitar a organização da Atenção primária em saúde no Brasil e responda de maneira efetiva às necessidades da população.

É necessário reconhecer que ainda há muito a fazer para diminuir a exclusão social e garantir que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde e se tornem capazes de sanar suas necessidades específicas de maneira sustentável. É preciso que esses serviços estejam próximos de onde as pessoas vivem ou trabalham, que sejam resolutivos, oportunos e humanizados. É necessário expandir os recursos para o setor saúde, provocar mudança na forma como o sistema de saúde está organizado. A Estratégia Saúde da Família não deve ser entendida como uma proposta crucial, mas sim, como uma forma de substituição ou contribuição ao modelo vigente, e, portanto, sintonizada com os princípios do SUS e em consonância com a lógica da atenção primária em saúde. Desta forma, para que reestruture ou contribua para a reestruturação da atenção primária precisa estar voltada a oferecer qualidade de vida às pessoas com práticas setoriais, profissionais qualificados, investimentos suficientes, trabalho em equipe e promoção da saúde, de forma democrática e participativa, capaz de transformar os indivíduos em sujeitos do próprio desenvolvimento social.

Existem publicações sobre ESF, no entanto são raros os estudos sobre as estratégias e equipes existentes na região da 26ª SDR. Portanto, além da produção de dados regionais, esta pesquisa permitirá caracterizar o perfil das equipes de ESF, dos profissionais que atuam na ESF, dos estabelecimentos de saúde, além de reproduzir dados epidemiológicos para contribuir com estudos e auxiliar em pesquisas referentes ao desenvolvimento da região. Neste sentido, nesta pesquisa foi traçado um diagnóstico das equipes de ESF existentes em municípios da 26ª SDR, o qual contribuirá para a reestruturação da atenção primária em saúde nesta região, e servirá de subsídio para gestores e

profissionais na formulação de políticas públicas adequadas pela implementação efetiva da estratégia.

O objetivo geral deste estudo foi de pesquisar a implementação da Estratégia Saúde da Família em municípios com até 20.000 habitantes da 26ª SDR e sua contribuição na reestruturação da atenção primária em saúde e no desenvolvimento local e, em específico, os objetivos são: apresentar o cenário das políticas públicas de saúde no Brasil e sua relação com o desenvolvimento local; descrever a legislação e as diretrizes da estratégia saúde da família, na perspectiva de reestruturação da atenção primária em saúde; pesquisar a realidade da execução da estratégia saúde da Família nos municípios com até 20.000 habitantes da 26ª SDR; comparar a realidade da estratégia saúde da família nos municípios com até 20.000 habitantes da 26ª SDR com as diretrizes da estratégica; e, analisar a contribuição da estratégia saúde da família para o desenvolvimento local nestes municípios.

Para atingir estes objetivos da pesquisa, os procedimentos para coleta de dados foram divididos em quatro etapas.

A primeira etapa consistiu na caracterização dos municípios com menos de 20.000 habitantes situados na 26ª SDR de Canoinhas. Foi realizado estudo considerando características individuais dos municípios, no que se refere à perspectiva histórica e dimensões recentes. Estas características também contemplaram aspectos econômicos, políticos, localização física, características sócio-culturais, condições de saúde da população e características estruturais dos serviços de saúde na região, por meio de sistemas de informações, publicações e fontes estatísticas.

A segunda etapa refere-se a revisão bibliográfica sobre políticas públicas de saúde, sistema único de saúde, atenção primária a saúde, estratégia saúde da família e contribuições destas políticas públicas para o desenvolvimento local-regional. Esta etapa foi subsidiada por estudo detalhado, que abrangeu a construção dessas políticas no Brasil e informações atuais, encontradas na literatura, legislações e sistemas de informações pertinentes ao tema.

Para o melhor entendimento dos dados, a terceira etapa tratou-se de análise documental de fontes estatísticas, base de dados dos sistemas de informação de saúde cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) e

sistema de informação da atenção básica (SIAB), da documentação de implantação da Estratégia Saúde da Família, dos planejamentos das equipes, dos relatórios das produções de saúde das equipes, relatórios intersetoriais, comunicações internas, contratos dos profissionais, entre outros disponíveis. Para a solicitação dos relatórios produzidos pelo SIAB (produção mensal) foi escolhido aleatoriamente o mês de setembro de 2009.

A quarta etapa diz respeito à produção de dados primários por meio de entrevistas estruturadas aplicadas aos profissionais das ESF, com utilização de instrumentos distintos de pesquisa (Apêndices A, B, C e D). O roteiro da entrevista seguiu as diretrizes da ESF e o disposto na Legislação do SUS, e apresentou perguntas abertas e fechadas com múltiplas escolhas. As entrevistas aplicadas aos profissionais abordaram dados de identificação das equipes, cobertura populacional, adscrição de população, responsabilidade territorial; infraestrutura da unidade básica de saúde da família (área física, medicamentos, outros insumos); gestão do trabalho dos profissionais das equipes (carga horária, vínculo contratual, acesso a capacitações e especializações); processo de trabalho das equipes (atividades e ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem a equipe, utilização do sistema de informação da atenção básica, participação em conselhos de saúde, método para resolução dos problemas, trabalho articulado); e acesso aos serviços e procedimentos de sistema de referência (apoio diagnóstico, serviços ambulatoriais, pronto atendimento e internação hospitalar).

Os entrevistados foram os profissionais com nível superior (médico, enfermeiro e cirurgião dentista) e os ACS das equipes de ESF. O dia para realização da pesquisa foi agendado via contato telefônico com posterior envio de documento ao gestor municipal para confirmação, de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Os encontros com as equipes ocorreram nos meses de dezembro de 2009 a janeiro de 2010. Fizeram parte da pesquisa 113 profissionais.

Os dados obtidos foram sistematizados, apresentados e em seguida, analisados de forma quali-quantitativa, tendo como subsídio o referencial teórico. Os dados das entrevistas, após tabulados, foram condensados em gráficos e em tabelas contendo números absolutos e porcentagens.

Os dados, ora analisam o universo da pesquisa, ou seja, o território estudado, com destaque das particularidades apresentadas nos municípios, ora analisam as categorias profissionais, de acordo com a ênfase necessária para elucidar as questões.

Para subsidiar a análise, as respostas foram organizadas de acordo com as características e diretrizes da ESF. Após a tabulação dos dados, as respostas foram confrontadas com a legislação da ESF e conhecimentos empíricos adquiridos por meio da prática assistencial na estratégia.

Os critérios de respeito à dignidade do ser humano, à proteção aos direitos, o sigilo e o anonimato foram assegurados pelo Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo A), fundamentado na Resolução 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, que após ser lido pelo informante foi assinado por ambos, (pesquisador e pesquisado), e uma via entregue ao informante. Os participantes do estudo foram informados de que a participação na pesquisa não envolveria riscos, nem benefícios, sendo voluntária e livre sua participação. Tinham o direito de desistir a qualquer momento, sem justificar sua decisão. Os direitos, interesses e identidade dos informantes foram protegidos.

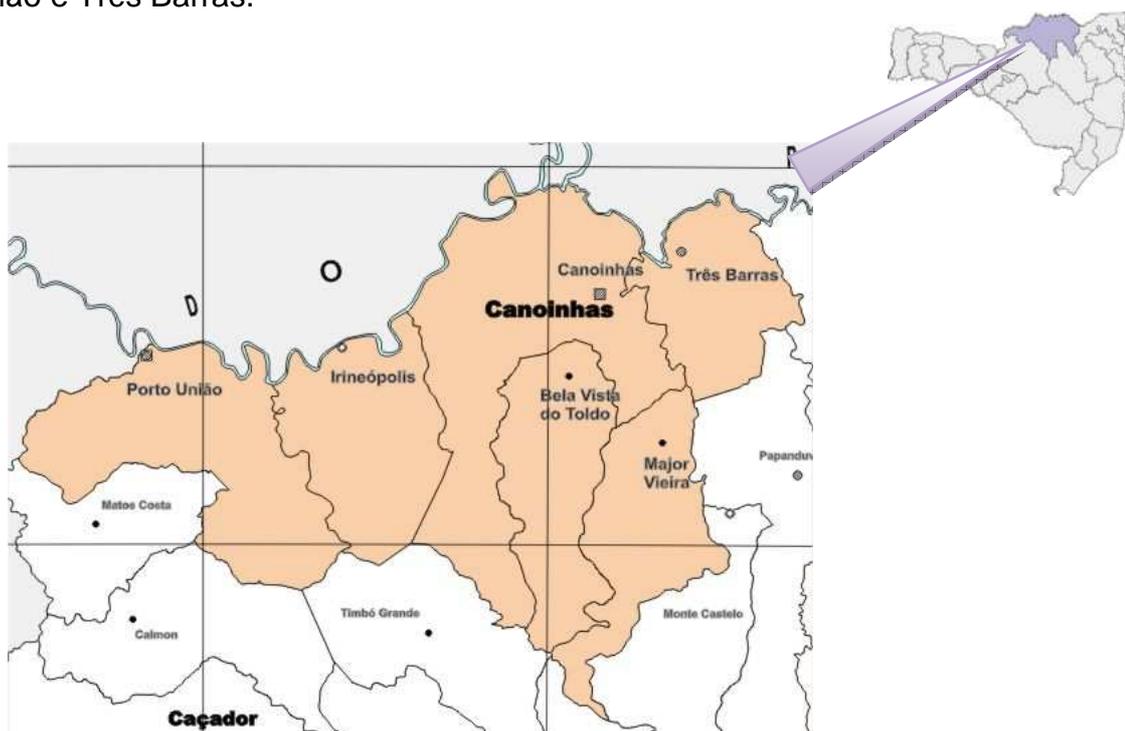
A estrutura capitular do estudo está organizado em três partes. A primeira parte trata-se da apresentação da área de estudo, a segunda, do referencial teórico, e a terceira, as discussões pertinentes ao tema. Em seguida apresenta-se as considerações finais.

O estudo foi elaborado seguindo a normalização de trabalhos acadêmicos da Universidade do Contestado do ano de 2008.

2 APRESENTAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

Um território delimitado pode ser caracterizado por valores culturais, econômicos, físicos, políticos, entre outros. Assim, para este estudo será adotada a delimitação política da territorialização da ação do governo estadual de Santa Catarina denominada Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR). No caso deste estudo o território será a 26ª SDR e os seus municípios com menos de 20.000 habitantes, os quais têm características similares e são coordenados pela mesma gerência de saúde, subordinada a 26ª SDR de Canoinhas.

Esta SDR está localizada no Planalto Norte Catarinense e os seus municípios são Bela Vista do Toldo, Canoinhas, Irineópolis, Major Vieira, Porto União e Três Barras.



Mapa 1 – Municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR – Bela Vista do Toldo, Irineópolis, Major Vieira e Três Barras

Fonte: Mapas das SDRs: <http://www.sc.gov.br/conteudo/governo/regionais/canoinhas.htm>

As Secretarias de Desenvolvimento Regional respondem pela formulação, concepção e iniciativas gerais de implementação da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR), bem como por seus instrumentos básicos, como os planos regionais estratégicos. Respondem também pela definição de

diretrizes, prioridades e pelo acompanhamento dos mecanismos de apoio ao desenvolvimento regional.

As SDR atuam no sentido de promover a convergência de suas ações com as prioridades e objetivos da PNDR voltados para a redução das desigualdades regionais e ativação das potencialidades de desenvolvimento das diferentes regiões de SC².

A seguir apresentar-se-á dados sobre o território estudado.

2.1 CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS COM MENOS DE 20.000 HABITANTES DA 26ª SDR

A ocupação e a colonização das áreas dos municípios pesquisados estão associadas à passagem de tropeiros que transportavam gado, couro e charque do Rio Grande do Sul para São Paulo e Minas Gerais, por volta de 1880. Porém, os municípios desenvolveram-se a partir da chegada de imigrantes que buscavam no extrativismo da madeira e da erva mate a principal atividade econômica³. Os municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR são formados sócio-culturalmente por etnia polonesa, ucraniana, alemã, italiana, portuguesa que auxiliaram a formar a identidade cultural da região.

O desenvolvimento e o crescimento da região foram embasados historicamente, principalmente pelo extrativismo da madeira e erva mate. Os primeiros a chegarem neste local eram os proprietários da terra, o que explica a concentração de terra, desigualdade social e concentração de renda presentes em toda a região. Atualmente a atividade agrícola movimenta a economia regional e é uma das principais fontes geradoras de renda, com destaque para a produção de grãos, o que explica a elevada ocupação populacional no meio rural se comparado às demais regiões do Estado de SC. A agricultura mecanizada facilita a produção pelos mini e pequenos agricultores que cultivam fumo, soja, feijão e milho. O extrativismo vegetal da erva mate e as indústrias de cerâmica, papel e

² Fonte: BRASIL, Ministério de Integração Nacional, 2008.

³ Fonte: Plano Municipal de Desenvolvimento Rural Sustentável do Município de Canoinhas.

madeireiras, completam o quadro que identificam a economia regional. Porém, atualmente o extrativismo da erva mate remanescente e a pecuária extensiva apresentam sinais de enfraquecimento com o surgimento de nova conjuntura de produção por atividades diversificadas, com o desenvolvimento da pecuária leiteira, plantio de milho, feijão, soja, fumo, silvicultura, olericultura e fruticultura.

A distância média entre os municípios e a capital do estado é de 243 Km. Entre os municípios pesquisados, o mais distante de Florianópolis é Irineópolis com 269,27 Km e o mais próximo é Major Vieira com 222,89 Km.

De acordo com a tabela 1, a população total em municípios com até 20.000 habitantes da 26ª SDR aumentou de forma modesta entre 1991 a 2000. De 38.115 habitantes em 1991 para 39.485 no ano de 2000, com exceção de Bela Vista do Toldo e Irineópolis que apresentaram decréscimo de sua população no ano 2000. A população residente no meio urbano aumentou em todos os municípios pesquisados, porém, os municípios da região são essencialmente agrícolas e a maior parte da população reside no meio rural, como é o caso de Bela Vista do Toldo, Irineópolis e Major Vieira.

Tabela 1 – População urbana e rural dos municípios com menos de 20.000 da 26ª SDR (1991 e 2000)

Município	Total, 1991	Total, 2000	Urbana, 1991	Urbana, 2000	Rural, 1991	Rural, 2000
Bela Vista do Toldo	6378	5721	414	570	5964	5151
Irineópolis	9762	9734	2646	2964	7116	6770
Major Vieira	5954	6906	1825	2199	4129	4707
Três Barras	16021	17124	12490	14223	3531	2901
TOTAL	38115	39485	17375	19956	20740	19529

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, (2008).

De acordo com os dados do IBGE (2009), a população estimada pela contagem rápida de 2007, nos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, apresentam uma população estimada de 41.470 habitantes. O município que apresenta maior população entre os estudados é Três Barras com 17.937 habitantes e o menor é Bela Vista do Toldo com 5.909 habitantes. Irineópolis e Major Vieira apresentam 7.337 e 10.287 respectivamente. Esta região é considerada uma das mais pobres do Estado de Santa Catarina,

sobretudo, se comparada com outras microrregiões desse Estado, uma vez que não possui uma atividade econômica com valor agregado.

De acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)⁴, dos municípios que atuam com a ESF, os dados se modificaram desde a contagem do IBGE de 2007 nos municípios com até 20.000 habitantes da 26^o SDR. De acordo com a tabela 2, os municípios pesquisados, para o SIAB têm uma somatória de 42.725 pessoas, perfazendo um total de 12.191 famílias. O município de Bela Vista do Toldo apresentava em 2007, (na contagem rápida realizada pelo IBGE) 5.909 habitantes e pelo SIAB apresenta em 2009, 6.056 pessoas cadastradas no sistema. Irineópolis apresentou em 2007, 10.287 pessoas e no SIAB em 2009, 9.945; Major Vieira em 2007 pelo IBGE, 7.337 e no SIAB 7.297 pessoas e Três Barras, a contagem rápida apontava 17.937 pessoas e o SIAB, em 2009, 19.427.

Tabela 2 – Pessoas e famílias dos municípios com menos de 20.000 da 26^o SDR, (julho/2009)

Município	Número de pessoas	Número de famílias
Bela Vista do Toldo	6056	1739
Irineópolis	9945	2896
Major Vieira	7297	2188
Três Barras	19427	5368
TOTAL	42725	12191

Fonte: SIAB, (2009 e).

Para explicar a alteração dos dados, destaca-se que os sistemas do IBGE e SIAB divergem em suas metodologias e a contagem rápida de 2007 é uma estimativa da população residente naquela data, seguindo o padrão e normatização do IBGE, que por sua vez, apresenta imprecisões inerentes a metodologia utilizada na elaboração de estimativas e projeções demográficas que antecede os períodos intercensitários. O SIAB, portanto, apresenta características diferentes do IBGE e permite o cadastramento de qualquer pessoa residente no local, no mesmo mês de mudança de domicílio ou após o nascimento.

⁴ Este sistema tem por finalidade armazenar informações produzidas pelas equipes de saúde da família, e será abordado com maior ênfase no referencial teórico.

É importante ressaltar que o SIAB é um retrato fiel dos números apresentados pelo município, porém, desde que as informações sejam digitadas mensalmente de maneira correta. Os dados da tabela 2 demonstram o aumento da população nesses municípios, evidenciando crescimento populacional que pode estar sendo influenciado pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações.

Na tabela 3, apresenta-se o total de pessoas por sexo e faixa etária de até 14 anos e evidencia-se que na faixa etária de menos de um ano de idade há predominância do sexo masculino na região. Na faixa etária de um a quatro anos, com exceção de Bela Vista do Toldo, que apresenta maior número de pessoas do sexo masculino, (180 homens), os demais municípios da 26ª SDR têm predominância do sexo feminino nesta faixa etária. A faixa etária de cinco a 14 anos, apresenta-se dividida, sendo que em Bela Vista do Toldo e Irineópolis há predominância do sexo feminino e Major Vieira e Três Barras, apresentam predominância do sexo masculino. Os municípios pesquisados, mantêm a mesma tendência do Estado de Santa Catarina em relação aos habitantes com menos de um ano de idade.

Tabela 3 – Total de pessoas por sexo e faixa etária de menor de um ano a 14 anos dos Municípios com menos de 20.000 da 26ª SDR, (julho/2009)

Município	< 1 ano		1 a 4 anos		5 a 14 anos	
	F	M	F	M	F	M
Bela Vista Toldo	38	42	179	180	590	564
Irineópolis	31	36	321	296	958	946
Major Vieira	38	45	228	213	663	671
Três Barras	76	81	633	610	1998	2000
TOTAL	183	204	1361	1299	4209	4181
Santa Catarina	14.593	15.424	114.805	120.050	432.152	446.668

Fonte: SIAB, (2009 e); DATASUS, (2009 b).

Os dados das tabelas 3 e 4 são importantes para auxiliar no entendimento de fenômenos sociais relacionados a distribuição da população por sexo e faixa etária (mercado de trabalho e organização familiar) para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde,

educação, segurança e emprego e ainda, identificar necessidades de estudos de gênero sobre os fatores condicionantes das variações encontradas. (BRASIL, 2002 a).

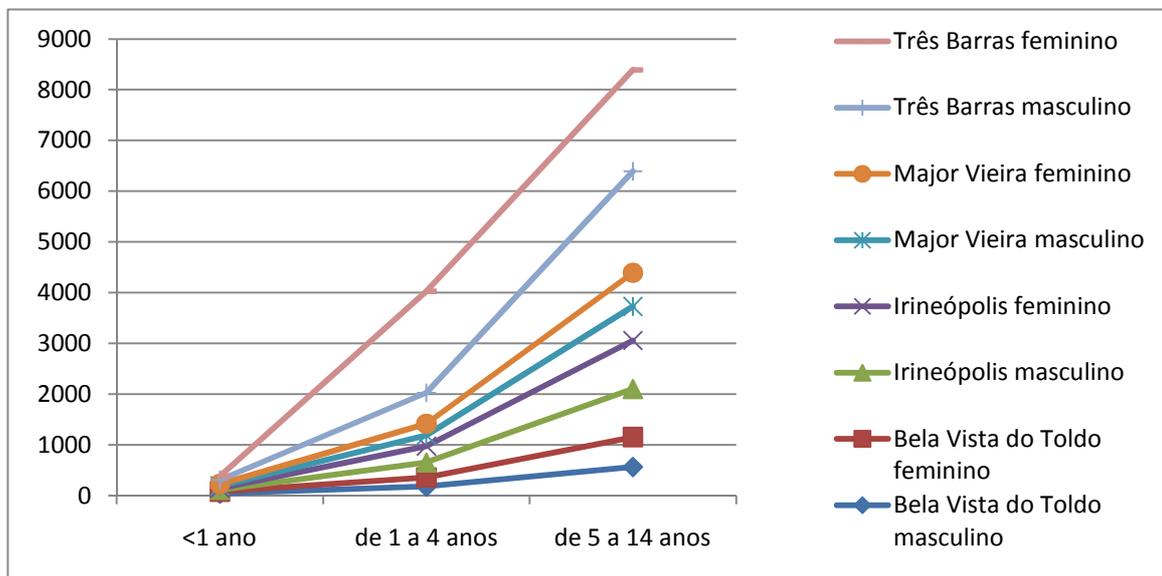


Gráfico 1 – Total de pessoas por sexo e faixa etária de até 14 anos dos Municípios com menos de 20.000 da 26ª SDR, (julho/2009)

Fonte: SIAB, (2009 e); DATASUS, (2009 b).

Segundo o gráfico 1, verifica-se que as populações dos quatro municípios pesquisados estão sofrendo retração em seu crescimento populacional, pois todas apresentam um número de pessoas com menos de um ano na razão número de pessoas/ano menor que as das outras idades. Pode-se entender que a população dessa região está envelhecendo como ocorre em países desenvolvidos, produzindo mudanças no perfil da demanda dos serviços de saúde, necessitando de adequação por parte destes serviços, às novas realidades.

A tabela 4, que destaca o total de pessoas por sexo e faixa etária entre 15 e 50 anos, apresenta predominância do sexo masculino nos municípios pesquisados, com exceção de Irineópolis e Três Barras que apresentam números maiores de mulheres na faixa etária de 50 anos e mais.

Em Santa Catarina estes números divergem. A maioria das pessoas é do sexo feminino em todas as faixas etárias, totalizando 1.499.981 mulheres de 15 a 49 anos e 588.313 com 50 anos e mais.

Tabela 4 – População por sexo e faixa etária a partir de 15 anos dos Municípios com menos de 20.000 da 26ª SDR, (julho/2009)

Município	15 a 49 anos		50 anos mais	
	F	M	F	M
Bela Vista do Toldo	1585	1755	530	593
Irineópolis	2629	2752	1004	972
Major Vieira	1879	2029	758	773
Três Barras	5253	5405	1777	1594
TOTAL	11346	11941	4069	3932
Santa Catarina	1.499.981	1.474.724	588.313	517.064

Fonte: SIAB, (2009 e).

A distribuição de óbitos da população residente destaca-se por contribuir para a avaliação dos níveis de saúde da população e identificar a necessidade de estudos sobre as causas da distribuição de mortalidade. Há em Santa Catarina aumento expressivo de óbitos de 2002 para 2007. Nos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, segundo a tabela 05, a tendência é a mesma. Os dados de mortalidade e número de óbitos são importantes indicadores das condições de vida e do acesso e qualidade das ações de saúde. (BRASIL, 2006 d).

Tabela 05 – Óbitos por local de residência – (2002 a 2007)

Município	Número absoluto de óbitos/ano					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bela V. do Toldo	26	22	38	28	22	34
Irineópolis	42	70	59	50	70	59
Major Vieira	53	42	46	41	45	53
Três Barras	76	107	104	105	109	128
Santa Catarina	28.776	29.525	30.552	29.915	30.421	32.102

Fonte: DATASUS, (2009 b).

Segundo o PNUD, em 2000 a mortalidade até um ano de idade no Brasil era 30,57%. Em Santa Catarina, essa mortalidade é menor que a média nacional e reduziu-se expressivamente nos últimos anos, passando de 24,84% em 1991

para 16,79% em 2000, e, de 25,11%, em 1991, para 16,80% em crianças de até cinco anos de idade em 2000.

Observa-se ainda, de acordo com a tabela 06, com exceção de Três Barras, decréscimo de mortalidade nos municípios da 26ª SDR, do ano de 1991 para 2000, porém, ainda faz-se necessário a articulação de saberes, práticas e trabalho integrado entre diferentes setores governamentais como saúde, educação, saneamento, habitação e meio ambiente, para garantir as bases sólidas necessárias à construção de uma saúde integral da população e garantir a diminuição da mortalidade precoce ou por doenças preveníveis.

Tabela 06 – Mortalidade até um ano de idade e até cinco anos, (1991, 2000)

Município	Mortalidade até um ano de idade, 1991	Mortalidade até um ano de idade, 2000	Mortalidade até cinco anos de idade, 1991	Mortalidade até cinco anos de idade, 2000
Bela Vista Toldo	44,08	39,26	44,56	39,28
Irineópolis	36,66	21,16	37,06	21,17
Major Vieira	30,16	24,19	30,49	24,2
Três Barras	44,08	29,42	44,56	29,43

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, (2008).

A tabela 07, expressa o número de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de causas e os anos/meses de ocorrência. Estes dados refletem a demanda hospitalar que é atendida nos serviços no SUS, porém, não expressa, necessariamente, o quadro nosológico da população residente e que depende do SUS. (OPAS, 2008).

Nos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, a incidência de internamentos hospitalares é relacionada à gravidez, parto e puerpério, (880 atendimentos de janeiro de 2008 a julho de 2009). Este é um dado do nível de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos a população desta região. Segundo a OPAS (2008), cerca de um quarto das internações realizadas pelo SUS referem-se a atendimento ao parto, gravidez e puerpério. Excluindo-se esse grupo de internações, as doenças do aparelho respiratório aparecem como a principal

causa de morbidade hospitalar em todas as regiões do país, seguida das doenças do aparelho circulatório.

Tabela 07 – Internações hospitalares pelo SUS por causas e local de residência – (Jan/2008 a Jul/2009)

MORBIDADE HOSPITALAR POR CAUSAS	Bela Vista Toldo	Irineópolis	Major Vieira	Três Barras	TOTAL
Gravidez, parto e puerpério	153	164	131	432	880
Doenças do aparelho respiratório	63	225	147	383	818
Doenças do aparelho circulatório	87	156	105	189	537
Doenças do aparelho digestivo	71	105	80	209	465
Lesões, envenenamentos, outras causas externas	61	90	65	149	365
Neoplasias (tumores)	26	79	43	111	259
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	23	40	60	130	253
Doenças do aparelho geniturinário	30	56	41	94	221
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	13	63	18	47	141
Doenças do sistema nervoso	20	16	15	68	119
Doenças sistema osteomuscular	18	30	16	38	102
Algumas afecções do período perinatal	05	05	13	57	80
Transtornos mentais e comportamentais	27	08	20	21	76
Doenças sangue órgãos hematopoiéticos	08	08	-	39	55
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	07	12	09	10	38
Malformações congênitas	06	04	04	15	29
Doenças do olho e anexos	01	02	-	07	10

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS, (SIH/SUS, 2009 f).

A esperança de vida ao nascer é o número médio de anos de vida esperados para um recém nascido e expressa a probabilidade de tempo de vida média da população. Segundo dados do Ministério da Saúde, a esperança de vida ao nascer vem aumentando em todas as regiões do Brasil para ambos os

sexos. Os valores extremos correspondem à região Sul (74,8) e Nordeste (65,5). (OPAS, 2008). Em 2000, o brasileiro vivia em média 68,61 anos e em Santa Catarina, 73,69 anos.

A tabela 08 expressa a probabilidade de uma pessoa chegar a completar 60 anos de idade e representa uma média sintética da mortalidade nesta faixa etária. Em Santa Catarina, em 1991 esta média era de 81,14 anos, aumentando, em 2000, para 86,72 anos. Nos quatro municípios pesquisados, a probabilidade de sobrevivência até 60 anos também aumentou do ano de 1991 para o 2000. Irineópolis apresenta a maior probabilidade de vida até 83,62 anos em 2000 e, Bela Vista do Toldo, o menor, com 72,97 anos. Estes dados revelam diminuição da proporção de jovens e envelhecimento da população e, apresentam relevância por permitirem avaliar os níveis de vida e de saúde da população para subsidiar o planejamento de políticas de saúde e de previdência social relacionadas com o aumento da expectativa de vida ao nascer. Estes dados revelam maior taxa de sobrevivência da população, o que representa envelhecer saudável na região. Expressa a necessidade de planejamento adicional das políticas públicas de saúde, previdência e assistência social, pois maiores taxas de sobrevivência resultarão em demandas adicionais a estas políticas.

Tabela 08 – Esperança de vida ao nascer e probabilidade de sobrevivência até 60 anos, (1991 e 2000)

Município	Esperança de vida ao nascer, 1991	Esperança de vida ao nascer, 2000	Probabilidade sobrevivência até 60 anos, 1991	Probabilidade sobrevivência até 60 anos, 2000
Bela V. Toldo	64,19	65,9	70,14	72,97
Irineópolis	66,21	71,75	74,01	83,62
Major Vieira	68,19	70,61	77,7	81,65
Três Barras	64,19	68,82	70,14	78,45
Santa Catarina	70,16	73,69	81,14	86,72

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, (2008).

A taxa de fecundidade total expressa-se pelo número de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher, no período reprodutivo e permite formular hipóteses de projeção populacional, subsidiar processos de planejamento, gestão e

avaliação da atenção materno-infantil. A taxa de fecundidade no Brasil em 2004, era de 2,1 filhos por mulher. (OPAS, 2008). Na região Sul do Brasil, este número chega a 2,0 por mulher e, em Santa Catarina, no ano 2000, 2,23 filhos por mulher. De acordo com a tabela 09, nos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, esta taxa vem diminuindo de 1991 para 2000. Essa elevada taxa de fecundidade nestes municípios indica atraso da região no que refere à transição demográfica, apresentando descompasso com o Estado.

Tabela 09 – Taxa de fecundidade total, 1991 e 2000

Município	Taxa de fecundidade total, 1991	Taxa de fecundidade total, 2000
Bela Vista do Toldo	3,38	2,61
Irineópolis	3,7	2,82
Major Vieira	3,08	2,77
Três Barras	4,2	3,25
Santa Catarina	2,58	2,23

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, (2008).

O número de estabelecimentos de saúde (tabela 10) mostra que com exceção de Bela Vista do Toldo, os outros municípios, têm hospital e realizam atendimentos clínico, obstétrico e cirúrgico. Usuários com necessidade de atendimento hospitalar de média e alta complexidade são encaminhados de acordo com a PPI⁵, para Hospitais de Canoinhas, Joinville, Jaraguá do Sul e Florianópolis dependendo das especificidades e das referências pactuadas. Os demais atendimentos especializados (cirurgias vasculares e torácicas, consultas em angiologia, nefrologia, proctologia, pneumologia, fisioterapia, oftalmologia, infectologia, psiquiatria, e outras) e, exames de média e alta complexidade (diagnóstico por anatomia patológica, diagnóstico por radiologia, mamografias, raio-x contrastado, ultrassonografias, endoscopias, etc.) também são

⁵ Programação pactuada integrada - processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, onde em consonância com o processo de planejamento são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

encaminhados para outros municípios do Estado de acordo com o pactuado entre o estado e municípios.

Além disso, existe o consórcio intermunicipal (CIS/AMURC), regulamentado conforme a Lei nº 11.107/2005 e o Decreto nº 6.017/2007, da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei nº 8.142/1990. Este consórcio é utilizado quando os municípios contratam serviços não disponíveis pelo Sistema Único de Saúde, de prestadores de serviços privados e profissionais liberais, viabilizando o custo das contratações de serviços médicos e diagnósticos. Os municípios que fazem parte do CIS/AMURC são: Bela Vista do Toldo, Canoinhas, Irineópolis, Itaiópolis, Mafra, Major Vieira, Monte Castelo, Papanduva, Porto União, Timbó Grande e Três Barras. Estes municípios pagam uma taxa para manutenção do consórcio, para a contratação de recursos humanos e serviços administrativos internos, além de serviços médicos e diagnósticos utilizados no mês.

Tabela 10 – Estabelecimentos públicos de saúde dos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR

Municípios	Hospital	Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde
Bela Vista do Toldo	00	05
Irineópolis	01	05
Major Vieira	01	01
Três Barras	01	06
Total	03	17

Fonte: CNES, (2009 a).

Os serviços médicos especializados, serviços de emergência (SAMU), corpo de bombeiros e outros disponíveis nos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, estão destacados nas tabelas 11 e 12.

Os dados das tabelas 11 e 12 revelam carência de estabelecimentos públicos de saúde para atendimentos especializados e serviços de emergência nos municípios com menos de 20.000 habitantes. Os serviços e especialidades médicas não disponíveis nos municípios pesquisados são disponibilizados em Canoinhas, Joinville ou Florianópolis, necessitando que os usuários sejam

encaminhados e percorram até 269 Km para realização de procedimentos mais complexos. O deslocamento para os tratamentos não disponibilizados pelos SUS nos municípios pesquisados, além de ocasionar desconforto aos usuários pela distância percorrida e fila de espera para atendimento, eleva os custos dos municípios com o transporte e disponibilização de funcionários.

Tabela 11 – Serviços de emergência dos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26º SDR

Municípios	Corpo de Bombeiros	SAMU (urgência/emergência)	Pronto Socorro
Bela V. do Toldo	00	00	00
Irineópolis	00	01	01
Major Vieira	00	00	01
Três Barras	01	00	02
Total	01	01	04

Fonte: CNES, (2009 a).

Tabela 12 – Especialidades médicas nos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26º SDR

Municípios	Bela Vista do Toldo	Irineópolis	Três Barras	Major Vieira
Clinico geral	01	04	11	09
Ginecologista/obstetra	01	01	07	02
Anestesiologista	-	-	03	02
Cirurgião geral	-	-	02	02
Ortopedista	-	-	01	01
Pediatra	-	-	06	02
Geriatra	-	-	01	-
Urologista	-	-	02	01
Radiologista	-	-	01	01
Cardiologista	-	-	01	-
Psiquiatra	-	-	01	-
Nefrologista	-	-	-	01

Fonte: CNES, (2009 a).

A tabela 13 demonstra a despesa total com saúde por habitante e a despesa com recurso próprio municipal por habitante de 2004 a 2007. Retrata que o investimento público em saúde ainda é precário por parte dos governos federal, estadual e municipal nestes municípios.

Segundo o Ministério da Saúde, (2006 d), entre 2000 e 2005, o gasto público total com saúde cresceu mais de 110%, porém, ainda é de 10 a 15 vezes menor do que em países como Canadá, Austrália ou Reino Unido.

O município de Major Vieira foi o que apresentou maior despesa com saúde entre municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, em 2007: R\$ 276,07 por habitante/ano. Em Irineópolis foi de R\$ 245,86. No entanto, quanto se trata de recursos próprios, isto é, recursos municipais, Três Barras foi o que fez mais investimentos, com R\$ 188,79 por habitantes/ano em 2007, seguido de Major Vieira com R\$ 175,29.

É importante destacar que pouco foi identificado de investimento por parte do governo federal, o que sobrecarrega os municípios e dificulta as ações de atenção básica que são garantidas por lei e que devem ser realizadas.

Tabela 13 – Despesa total e despesa com recurso próprio por habitante, nos Municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, (2004 a 2007)

Município	Despesa total com saúde por habitante (R\$)				Despesa com recurso próprio por habitante			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Bela V. Toldo	159,80	196,00	273,72	240,32	113,18	120,69	153,30	153,17
Irineópolis	173,03	178,86	211,06	245,86	86,27	97,87	127,62	138,12
Major Vieira	209,37	259,37	233,20	276,07	140,52	151,82	156,81	175,29
Três Barras	227,30	213,85	238,15	244,92	191,33	156,24	179,65	188,79

Fonte: Sistema de Informações sobre orçamentos Públicos em Saúde, (SIOPS, 2009 g).

De acordo com os dados do Atlas de Desenvolvimento Humano, apresentado pelo PNUD, em 2000, a intensidade da pobreza no Brasil era 49,68⁶. Em Santa Catarina era de 42,12. Segundo a tabela 14, nos municípios com menos de 20.000 habitantes pertencentes à 26ª SDR, Irineópolis apresentava

⁶ Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2008.

39,27%; Bela Vista do Toldo, 43,51%; Três Barras, 45,43% e, Major Vieira, 51,93% de intensidade de pobreza.

Destaca-se ainda que os índices de pobreza foram atenuados em Bela Vista do Toldo e Irineópolis a partir do ano de 1991 para 2002, porém, aumentaram em Major Vieira e Três Barras.

Segundo a OPAS (2008), estes dados expressam a população residente com renda familiar mensal *per capita* de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Dimensionam o contingente de pessoas em condições precárias de sobrevivência, contribuindo para a análise da situação socioeconômica da população, identificam estratos que requerem maior atenção de políticas públicas de saúde, educação e assistência social. Estes dados podem subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de distribuição de renda.

Tabela 14 – Intensidade de pobreza nos municípios com menos de 20.000 da 26º SDR, (1991 e 2000)

Município	Intensidade da pobreza	
	1991 (%)	2000 (%)
Bela Vista do Toldo	45,62	43,51
Irineópolis	44,95	39,27
Major Vieira	44,79	51,93
Três Barras	43,03	45,43
Santa Catarina	42,12	40,74

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, (2008).

Atualmente, o saneamento básico é verificado pela população coberta por serviços de água tratada, esgotamento sanitário e coleta de lixo. De acordo com os dados apresentados pela tabela 15, o município com maior cobertura da rede pública para abastecimento de água é Três Barras com 87,9% dos domicílios e a menor cobertura apresenta-se em Bela Vista do Toldo com 8,2% das residências. Há que se considerar que o município de Três Barras apresenta a maior parte da população na zona urbana, enquanto os demais municípios estudados apresentam concentração da população e grande extensão territorial na zona rural, dificultando o acesso ao saneamento básico.

O abastecimento de água em poço ou nascente ainda é amplo em todos os municípios com exceção de Três Barras que apresenta apenas 11,6% das residências utilizando este recurso. A insuficiência de cobertura por água tratada tem entre suas conseqüências, o elevado número de internações hospitalares por infecções intestinais, especialmente em crianças.

A baixa cobertura de saneamento básico favorece a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental. Estes dados fornecem elementos para análise de risco para a saúde associados a fatores de risco ao qual a população está exposta.

Tabela 15 – Tipo de abastecimento de água por domicílio, (2008)

Município	Abastecimento de água		
	Rede Publica %	Poço ou Nascente %	Outros ⁷ %
Bela Vista do Toldo	8,2	91,4	0,4
Irineópolis	38,2	61,5	0,3
Major Vieira	26,4	72,2	1,4
Três Barras	87,9	11,6	0,5

Fonte: SIAB, (2009 e).

A coleta de lixo é considerada um dos serviços básicos para o bom funcionamento dos domicílios e das condições ambientais e de saúde de um local.

Ressalta-se que a coleta do lixo e o destino correto são essenciais para a prevenção de doenças. Tratando-se de epidemiologia, muitas são as doenças relacionadas ao acúmulo de lixo e falta de tratamento. Em regiões onde há deficiências na coleta de lixo as pessoas apresentam maior chance de apresentar diarreias, doenças parasitárias e dermatológicas, entre outras doenças como leptospirose e hantavirose.

Os dados da tabela 16 revelam que mais de 84,7% do lixo nos municípios pesquisados é coletado pela prefeitura, embora não existam dados precisos sobre a existência de coleta seletiva.

⁷ Domicílio abastecido com água de chuva, ou apanhado em fonte pública, poço, ou bica, fora do domicílio ou peri domicílio.

Tabela 16 - Destino do lixo por domicílio (2000)

Municípios	Urbana			Rural		
	Destino do lixo (%)			Destino do lixo(%)		
	Coletado	Queimado enterrado	Outra forma (1)	Coletado	Queimado enterrado	Outra forma (1)
Bela V. Toldo	95,9	3,4	0,7	4,2	85,5	10,3
Irineópolis	84,7	12,7	2,6	2,2	91,2	6,6
Major Vieira	92,6	7,2	0,2	1,5	93,2	5,3
Três Barras	96,8	2,9	0,4	41,8	52,3	5,9

Fonte: IBGE, (2009).

(1) Jogado em terreno baldio ou logradouro, jogado em rio ou outro destino não especificado.

A tabela 17 demonstra a distribuição percentual dos domicílios por tipo de esgotamento e com energia elétrica no ano 2008, segundo o SIAB. Destaca-se que os problemas em relação ao esgotamento sanitário localizam-se no meio rural, característica marcante nos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, que apresentam parte de seu território nestas áreas. Irineópolis apresenta maior cobertura de sistema de esgoto, com 3,7 dos domicílios com este recurso, e, Três Barras, maior cobertura de energia elétrica com 97,3% dos domicílios.

Tabela 17 – Tipo de esgotamento e com energia elétrica, por domicílio (2008)

Município	Tipo de Esgotamento			Energia Elétrica
	Sistema esgoto %	Fossa %	Céu aberto %	
Bela Vista do Toldo	-	98,7	1,3	94,7
Irineópolis	3,7	94,5	1,8	97,0
Major Vieira	2,6	95,4	2,0	92,0
Três Barras	2,1	90,9	7,0	97,3

Fonte: SIAB, (2009 e).

Estes dados apontam para a necessidade de intervenção intersectorializada nestes municípios, com o propósito de colocar em prática políticas públicas

adequadas e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação destas políticas e ações voltadas para a qualidade de vida⁸ das pessoas.

Outro fator que afeta a qualidade de vida, é a informação em geral e a escolarização em particular. Para a formação dos indivíduos a educação escolar tem papel fundamental, desde a educação básica ao nível superior. A garantia à universalização da educação fundamental, assegurada pela Constituição de 1988, representa avanço do sistema educacional brasileiro. No entanto, é um processo de longo prazo e requer o empenho do Estado e da sociedade civil para melhorar os índices ainda baixos ao serem comparados com países desenvolvidos. A taxa de escolarização indica o nível de atendimento escolar do sistema de ensino, nos seus diferentes níveis e corresponde ao número de alunos por grupo etário que estão freqüentando a escola em relação à população total nesse mesmo grupo etário.

De acordo com dados do IBGE (2009), no ano 2000, o grupo etário entre 7 a 14 anos corresponde a maior taxa de escolarização no Estado de Santa Catarina, representando 96,6% nesta faixa etária. Segundo a tabela 18, que expressa a porcentagem de pessoas nas escolas, o município de Três Barras apresenta a mesma taxa do Estado nesta faixa etária e Irineópolis, a menor taxa, 91,7%.

Estes dados permitem avaliar a situação da educação no Estado de Santa Catarina e nos municípios em pesquisa, bem como, dimensionar a situação de desenvolvimento educacional, dos diferentes grupos populacionais. De acordo com a OPAS (2008), o grau de escolaridade é elemento essencial a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, pois o nível de escolaridade dos responsáveis pela condução da família tem influência sobre as condições de atenção à saúde das crianças.

⁸ Qualidade de vida inclui a acessibilidade à produção e ao consumo, aos meios para produzir cultura, ciência e arte, bem como pressupõe a existência de mecanismos de comunicação, de informação, de participação e de influência nos destinos coletivos, através de gestão territorial que assegure água e ar limpos, hígidez ambiental, equipamentos coletivos urbanos, alimentos saudáveis e a disponibilidade de espaços naturais amenos urbanos, bem como da preservação de ecossistemas naturais. (HERCULANO, 2000).

Tabela 18 - Taxa de escolarização por grupos de idade – 2000

Municípios	Taxa de escolarização (%)					
	Total	Por grupos de idade/anos				
		0 a 6	7 a 14	15 a 17	18 a 24	25 e mais
Bela V. do Toldo	26,4	18,7	92,0	54,9	20,2	2,8
Irineópolis	26,1	22,6	91,7	59,1	26,1	2,6
Major Vieira	25,1	27,2	93,4	68,8	14,7	1,4
Três Barras	31,8	25,6	96,6	68,6	27,8	5,1
Santa Catarina	30,4	35,2	96,6	75,2	29,5	5,1

Fonte: IBGE, (2009).

Os municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR são subordinados a 26ª Gerência de Saúde e mantêm programas e atividades de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI), metas do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal. Entre eles, citamos: saúde da mulher, programa de doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), tabagismo, planejamento familiar, tuberculose, hanseníase, vigilância em saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, programa de imunização, programa de humanização no pré-natal e nascimento, preventivo de mama e colo, notificações compulsórias e vigilância nutricional.

A execução desses programas e as atividades são registradas pelos técnicos das unidades de saúde ou Secretarias Municipais, nos programas e sistema informação de atenção básica (SIAB), cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), avaliação de imunobiológicos aplicados (API), avaliação de imunobiológicos utilizados (AIU), sistema de informação de assistência pré-natal (SISPRENATAL), sistema informação de vigilância nutricional (SISVAN), sistema de informações de notificação compulsória (SINAN), sistema de informação de nascidos vivos (SINASC), sistema de informação de mortalidade (SIM). Esses sistemas de informação são programas do Ministério de Saúde e são alimentados pelos técnicos e gestores dos municípios mensalmente. A transferência mensal do financiamento do fundo federal ao fundo municipal de saúde está vinculada a digitação e repasse dessas informações ao Ministério da Saúde. Elas devem ser encaminhadas mensalmente

e são suspensas quando há ausência de transmissão dos dados no tempo previsto. (BRASIL, 2006 e).

De maneira geral, evidenciam-se características das condições de vida e do crescimento demográfico no território estudado. Tendências verificadas no processo saúde-doença dos usuários destes municípios apontam para ações de saúde prioritárias de intervenção por parte dos profissionais e gestores públicos. Neste sentido, a situação da saúde nos municípios pesquisados demonstra que há muito que melhorar e necessitam de esforços do governo, reforço em ações de atenção básica e organização da rede de referência em saúde.

Esta melhoria está na dependência da superação de uma série de obstáculos e, a implantação da ESF e a articulação com estratégias operacionalmente eficazes, tende a facilitar todo este processo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Todos os cidadãos têm direito a vida digna, bem-estar social e acesso universal e igualitário aos serviços de saúde pelos programas e projetos de caráter preventivos e curativos.

As políticas públicas podem ser entendidas como o conjunto de procedimentos e ações que coordenam, direcionam, organizam e conduzem as decisões políticas para garantir todos estes direitos.

Segundo Luchese e Aguiar (2002, p. 03), as políticas públicas (PP) podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público.

Teixeira (2002) corrobora que as políticas públicas são princípios norteadores e diretrizes que direcionam as ações do governo. São regras explicitadas, na maioria das vezes, por meio de leis e/ou programas que orientam ações e formas de exercício do Estado, que envolvem aplicação de recursos públicos. As políticas públicas visam responder às demandas da sociedade civil, ampliar e efetivar direitos de cidadania, promover o desenvolvimento e regular conflitos entre diversos atores sociais. Assim, as políticas públicas são entendidas como o conjunto de planos e programas que traçam as diretrizes para as ações governamentais com o intuito de garantir os direitos dos cidadãos citados na Constituição Federal, e promover o desenvolvimento da população, a partir da transformação e impacto em suas vidas em longo prazo.

Para Luchese e Aguiar (2002, p. 04), as políticas públicas se materializam via as ações concretas de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Desta forma, o planejamento e a elaboração de uma política pública requerem análise de indicadores sociais, conhecimento da realidade, definição precisa dos objetivos e

participação de atores governamentais, não governamentais e principalmente dos seus usuários.

De acordo com Teixeira (2002), as políticas públicas são um processo dinâmico, com negociações, pressões e mobilizações, que dependem de mecanismos que viabilizem a participação da sociedade civil para se fazer ouvir a fim de formar uma agenda que reflita seus interesses e necessidades. Neste sentido, o controle social é o principal responsável pela transformação e planejamento das políticas públicas, articulando e tomando decisões de forma organizada em benefício da sociedade e de acordo com as reais necessidades da população.

Mesmo com a crescente mobilidade social em boa parte do século, a desigualdade tem sido uma realidade que influencia no padrão do desenvolvimento do país. A conseqüência emblemática negativa produzida pela desigualdade social é a pobreza, a qual, por sua vez, existe quando um segmento da população é incapaz de gerar renda suficiente para obter elementos básicos que lhe garanta uma qualidade de vida digna (água, saúde, educação, alimentação, moradia entre outros). (PERES, 2007).

Para Franco (1999, p.15):

A pobreza brasileira é o resultado da confluência de uma herança histórica de desigualdades sociais e regionais, que gera vulnerabilidades, com as conseqüências de um padrão de desenvolvimento concentrador de renda, riqueza, conhecimento e poder que gera exclusões.

O termo exclusão social tem sentido temporal e espacial: um grupo social está excluído segundo determinado espaço geográfico ou em relação à estrutura e conjuntura econômica e social do país a que pertence. Para Gomes e Pereira (2005), no Brasil, esse termo está relacionado principalmente à situação de pobreza, uma vez que as pessoas nessa condição constituem grupos em exclusão social, porque se encontram em risco pessoal e social, ou seja, excluídas das políticas sociais básicas (trabalho, educação, saúde, habitação, alimentação).

Soares (2000) corrobora afirmando que estamos diante de uma situação social e de saúde na qual a sobreposição de antigos e novos problemas configura um quadro de uma enorme perversidade e complexidade. A este quadro se

agrega ainda, uma situação de vulnerabilidade e desresponsabilização do Estado das suas atribuições no terreno social.

Os segmentos mais pobres da população consomem a maior parte de sua energia e de seu tempo buscando condições de sobreviver, usando, às vezes, para isso, até o trabalho de suas crianças, prejudicando a formação escolar, o desenvolvimento físico, a saúde e as condições psicológicas delas. (MARGIGLIA et al, 2005). Os piores índices de saúde encontram-se entre os grupos populacionais mais vulneráveis localizados na base da pirâmide social. Essas disparidades podem ser verificadas nas condições de vida e saúde dos diferentes grupos sociais e em distintas áreas geográficas do mesmo país.

As políticas econômicas e sociais correspondem a uma segmentação de áreas de intervenção, bastante independentes, configurando uma organização do trabalho à qual corresponde uma estrutura organizacional verticalizada e setorializada. As estruturas setorializadas tendem a tratar o usuário e os problemas de forma fragmentada, conduzindo a uma atuação desarticulada, perdendo de vista a integralidade do indivíduo e a inter-relação dos problemas. (JUNQUEIRA, et al, 1997).

Segundo Franco (1999), erradicar a pobreza só é possível a partir da promoção do desenvolvimento. Ações compensatórias no médio prazo, que sem dúvida são importantes e necessárias, não erradicarão a pobreza e não diminuirão as desigualdades sociais, pois não são suficientes para a superação das exclusões e vulnerabilidades que marcam o panorama social do Brasil.

Faz-se necessário ressaltar a urgência da mudança de paradigma em relação à implementação de programas sociais mais conseqüentes e que visualizem sempre a família como alvo, não descontextualizando seus membros. Não dá para falar em políticas públicas eficazes sem se dar destaque à família como potencializadora destas ações. Ajudar a família mostra-se uma possibilidade de a sociedade se desenvolver dignamente. (GOMES; PEREIRA, 2005). É importante destacar e se utiliza uma citação de Franco (1999, p.15), que ainda não se chegou a uma conceituação de pobreza, compatível com o olhar do desenvolvimento sustentável:

Do ponto de vista da sustentabilidade interessa considerar não apenas a renda, mais as relações desta variável com outras variáveis do

desenvolvimento, como riqueza, o conhecimento (capital humano) e o poder ou o empoderamento das populações (capital social).

Perroux *apud* Andrade (1987, p 59-60), distingue os conceitos de crescimento e de desenvolvimento. Para ele, “[...] o desenvolvimento é a combinação de mudanças sociais e mentais de uma população que a tornam apta a fazer crescer, cumulativamente e de forma durável seu produto real, global [...]”. Assim, em sua formulação teórica, o pólo de crescimento não se identifica com o pólo de desenvolvimento.

Segundo De Agostinho (2000, p. 41), o crescimento é meramente quantitativo enquanto o desenvolvimento envolve a variáveis qualitativas. Por outro lado, Mendes, (2009) afirma que:

O crescimento não conduz automaticamente à igualdade nem à justiça sociais, pois não leva em consideração nenhum outro aspecto da qualidade de vida a não ser o acúmulo de riquezas, que se faz nas mãos apenas de alguns indivíduos da população. O desenvolvimento, por sua vez, preocupa-se com a geração de riquezas sim, mas tem o objetivo de distribuí-las, de melhorar a qualidade de vida de toda a população, levando em consideração, portanto, a qualidade ambiental do planeta.

Assim, crescimento, neste caso econômico não leva a uma melhoria da qualidade de vida das pessoas ou região, devido a existência de desigualdades no reparto deste crescimento. Isto fica claramente estabelecido quando se faz uma análise detalhada das formas de construção de políticas, orçamentos e projetos de melhoria para cada região. Já o desenvolvimento procura a melhoria contínua, acumulativa, durável e igualitária, baseada em características regionais sociais, culturais, tecnológicas, ambientais entre outras, que terminarão constituindo uma identidade que norteará o modelo de desenvolvimento a se construir.

O debate sobre o desenvolvimento vem sendo realizado há algumas décadas, mas recentemente se intensificou de maneira estimulante, com as drásticas mudanças políticas que o mundo tem passado, o forte acirramento das tensões sociais e a incessante degradação do meio ambiente. Neste contexto delicado, a alternativa é um desenvolvimento sustentável que promova a inclusão social, o bem-estar e a preservação dos recursos naturais.

No Brasil, segundo dados da Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional (2009), o governo tem realizado planos e esforços na procura do

desenvolvimento sustentável regional com o Ministério de Integração Nacional e sua Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional (SDR) que respondem pela formulação, concepção e iniciativas gerais de implementação da Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR) institucionalizada pelo Decreto nº 6.047 de 22 de Fevereiro de 2007, o plano plurianual PPA e a Agenda 21.

O Governo de Santa Catarina, tem definido igualmente seus objetivos e ações voltadas para sustentabilidade com a elaboração de seu próprio PNDR, Agenda 21, PPA, e Plano Mestre Santa Catarina para Desenvolvimento com Base em Inovação.

Espera-se que a problemática do desenvolvimento regional e o fator saúde no âmbito social, não fiquem dissociados dos esforços voltados para o desenvolvimento sustentável, assim como este não pode ser dissociado de sua função de vetor de desenvolvimento de outros vetores tais como educação, qualidade de vida, nutrição, humanização, com políticas econômicas e sociais, por estas serem parte de um mesmo constructo baseado na identidade de uma região.

Assim, para enfrentar este desafio, a alternativa é melhorar continuamente os serviços prestados pelas políticas públicas adequadas e dar condições a população de se desenvolver de maneira sustentável, reduzindo as desigualdades sociais, ativando seus potenciais e promovendo a inserção social produtiva da população, ampliando a participação social, melhorando a qualidade de vida da população.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas públicas de saúde, enquanto ações sob responsabilidade do Estado começaram a existir no Brasil no início do século XX. Na primeira política de saúde pública, a revolução da vacina, o governo preocupava-se com as populações que moravam nas capitais dos Estados, principalmente em cidades onde estavam localizados os portos, pois a exportação de grãos era a principal fonte de renda da economia.

Desta forma, no Brasil, a gravidade do quadro de pobreza e miséria aparece como preocupação desde a primeira política de saúde pública, com o movimento sanitaria. Este movimento estava relacionado, entre outros interesses econômicos, com o combate de várias doenças endêmicas e epidemias que assolavam o país e despertava a necessidade de diminuir a aglomeração das pessoas em precárias condições de vida e a proliferação de doença infecto contagiosas.

Souza e Hamann (2006) destacam que, a saúde como um direito, não é objeto de estudo recente no Brasil, haja vista a presença histórica de atores sociais como o Movimento Sanitário Brasileiro e o campo da saúde coletiva que viabilizaram a constituição de sujeitos ao longo dessas décadas. A nova era da higiene nacional foi aberta pelo sanitaria Oswaldo Cruz, em 1902, com o combate a febre amarela e pela organização do Instituto de Pesquisa no Rio de Janeiro, prosseguindo com Carlos Chagas no combate a tuberculose.

Em 1941 criou-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com atuação no combate a malária, assistência médica, educação sanitária, saneamento, controle de doenças transmissíveis e pesquisas sobre doenças tropicais. Em 1961, foi instituído o Ministério da Saúde como unidade administrativa da ação sanitária direta do governo federal. Em 1967, o Ministério da Saúde passou por modificações na área de competência e em 1976 quanto à organização. Assim, sucessivamente foram ocorrendo mudanças no sistema de saúde brasileiro, sendo criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1968, o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS) em 1977, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAUDE) em 1980, em 1982 as Ações Integradas de Saúde (AIS) e em 1988 a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) vigente até o momento. (FIGUEIREDO, 2003).

Segundo Fleury (1997, p.11), o movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de 1970, sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico-crítica, possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A Conferência Internacional de Alma Ata realizada em 1978, foi o marco de influência para os rumos das políticas de saúde no mundo e as AIS em 1982 foram, o primeiro passo para a estruturação da Atenção Primária no Brasil.

O movimento da reforma sanitária brasileira almejava, desde o princípio, a reorganização da política de saúde vigente. De acordo com Luchese e Aguiar (2002), no Brasil, a política pública de saúde foi redefinida recentemente na Constituição Federal Brasileira, em 1988, pelos princípios da universalidade, equidade, descentralização e integralidade, tendo como base o Sistema Único de Saúde (SUS).

No campo das políticas públicas, a saúde é a que mais tem avançado em sua organização e se destacou pela efetiva proposta de mudança. No entanto, todas as realizações e transformações na prática sanitária brasileira, ainda não são suficientes para garantir a universalidade, equidade, qualidade de vida, saúde e os direitos sociais para a população brasileira. Para a consolidação desse processo, faz-se necessário, viabilizar mudanças na forma de pensar e desenvolver políticas públicas de saúde no Brasil, com o investimento e comprometimento contínuo dos três níveis do governo. (BRASIL, 1997).

O SUS é uma das conquistas da sociedade brasileira, fruto de acúmulo de lutas sociais, que desde os anos 1970, envolveu os movimentos populares, trabalhadores de saúde, usuários, gestores, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais. Se destaca pelo pioneirismo na descentralização e democratização da gestão pública no Brasil. (SANTA CATARINA, 2006).

Trata-se de um sistema único porque segue as mesmas diretrizes e orientações em todo o território nacional. De acordo com o Ministério da Saúde as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, que integram o SUS, serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal e Lei nº 8.080/90. (BRASIL, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde, em sua publicação Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial, (Brasil, 1997), propostas de mudanças e projetos diversos têm sido implantados buscando assegurar os princípios estabelecidos na constituição, porém, os resultados não têm sido perceptíveis como se esperava na estruturação dos serviços de saúde, principalmente por não promoverem mudanças significativas para a implementação do modelo assistencial proposto.

Faz-se importante destacar que o SUS constitui-se em um processo ainda em construção, que se iniciou com a Constituição Federal e se complementou com as Leis Orgânicas nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e, a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Ainda necessita de transformação para que se concretize como uma política pública de saúde sólida e eficaz.

A Lei 8.080, regula as ações e serviços públicos e privados de saúde no que diz respeito a sua direção, gestão, competências e atribuições em cada nível de governo, e a Lei 8.142 vem complementar a 8.080, estabelecendo a criação dos conselhos de saúde e conferências de saúde, garantindo a participação da população nas decisões, bem como, tratar de outras questões relacionadas ao financiamento da saúde.

O processo de consolidação do SUS estabelece atualmente como desafio para as suas instâncias gestoras, a garantia da atuação prestada aos seus usuários. (BRASIL, 2005 b). No contexto da atenção primária a saúde, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde aponta para a reorganização das ações, conhecimento da realidade local e das necessidades de saúde e da melhor definição de competências e responsabilidades dos atores envolvidos.

A atenção básica a saúde (ABS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. (BRASIL, 2006 e).

O termo atenção básica a saúde é pouco encontrado na literatura mundial, mas de acordo com Souza e Hamann (2006), em decorrência da Declaração de Alma Ata de 1978, os países que participaram da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, firmaram compromissos e afirmaram como meta para o ano 2000, saúde para todos. O termo atenção primária a saúde é o mais utilizado nos dias atuais.

Desde quando surgiu a definição da atenção primária em saúde (APS), ela tem passado por diversas interpretações. No Brasil, o Ministério da Saúde tem denominado atenção primária como atenção básica. De acordo com o Ministério da Saúde, (Brasil, 2003 a, p. 07), a atenção básica é conceituada da seguinte forma:

Conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, prestação do cuidado, desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas, e sanitárias, pautadas numa abordagem transdisciplinar, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, das quais assumem responsabilidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde das populações, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

No período anterior à criação do SUS, a APS representava uma referência para a organização dos serviços de saúde e tinha como proposta a mudança do modelo assistencial vigente.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica n. 17 do Ministério da Saúde, (Brasil, 2006 f), a atenção básica é definida como sendo um conjunto de ações de saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural. Busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos, que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Para Starfield (2002), a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferecem a entrada do usuário nesse sistema, para atender as suas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa, de acordo com as condições que a pessoa apresenta. Compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde, como responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como, ao tratamento e à reabilitação e trabalho em equipe.

Segundo Duncan *et al.* (2004, p.101), a APS pode ser definida como o cuidado dispensado pelo profissional de saúde, a partir de um primeiro contato, de forma integral e continuada, à pessoas saudáveis ou doentes.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, (Brasil, 2006 e, p. 11), a atenção básica tem como fundamentos:

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento

constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; e estimular a participação popular e o controle social.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, n. 18 do Ministério da Saúde (Brasil, 2006 a), a atenção básica à saúde, como o nome preconiza, deve ser o ponto de partida de um atendimento pela saúde pública eficiente e eficaz. Cabe a esse nível de atenção a atribuição de informar à população quanto as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, assisti-la de forma contínua e resolutiva, encaminhar os usuários, quando necessário, aos serviços de referência, com agilidade e precisão. O entendimento dessa definição da atenção primária pode ser possível a partir do conhecimento de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade ou abrangência e a coordenação. (STARFIELD, 2002).

Visando a operacionalização da atenção básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação dos profissionais de saúde em todo o território nacional, 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, 2006 e). No entanto, de acordo com o Painel de Indicadores do SUS, a efetivação das ações da APS depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente em saúde, capaz de produzir profissionais com habilidades e competências que lhes permitam entender e atuar no SUS, com competência técnica, espírito crítico e compromisso político. (BRASIL, 2006 d).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica 12, (Brasil, 2006 c), um dos principais desafios atuais para a qualificação em atenção básica, é a necessidade de avançar na integralidade e na resolubilidade desse nível de atenção. Starfield (2002) destaca que a APS somente será de qualidade quando o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização da família e, a orientação comunitária, forem respeitadas e correspondidas pela comunidade, pelos gestores e profissionais da rede básica.

Para isso, o conhecimento do território é um aspecto fundamental na organização da atenção básica e não pode ser entendido apenas como um espaço geográfico, delimitado, para constituir a área de atuação dos serviços de

saúde. Ao contrário, deve ser reconhecido como espaço social onde, ao longo da história, a sua sociedade foi se constituindo e, por meio do processo social de produção, dividindo-se em classes diferenciadas, com acessos também diferenciados aos bens de consumo, incluídos os serviços de saúde. (Brasil, 2006 f).

Souza e Hamann (2006) destacam que a atenção básica significa o primeiro nível de atenção a saúde e sustenta-se nos princípios do SUS. Nos últimos 16 anos foi incorporada pela ESF⁹, a qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde, dos indivíduos, famílias e comunidade, cujas bases se sustentam em práticas cuidadosas, resolutivas e qualificadas. A expansão da cobertura das ações básicas em saúde por meio das ESF, demonstra o esforço do governo em estabelecer a estruturação da atenção nos sistemas locais de saúde.

Desta forma, a ESF surge como uma proposta de reestruturação da atenção básica, trazendo a perspectiva de aproximação entre profissional e família, identificando problemas e traçando metas e ações integradas para a resolução dos problemas encontrados. (SANTOS *et al*, 2000, p. 52).

Assim, a saúde da família é a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil desde 1994, importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adscrição dos usuários e aproximação da realidade sócio-cultural da população e da atitude pró-ativa desenvolvida pela equipe de saúde. (BRASIL, 2006 d).

Segundo o Ministério da Saúde, a experiência brasileira com o modelo de atenção voltado para a saúde da família tem proporcionado mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, na estruturação dos serviços e no padrão de assistência oferecida à população pelo sistema público de saúde. Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de saúde nos municípios, os profissionais das equipes de saúde da família e da atenção básica como um todo, necessitam de programas e conteúdos para desempenhar suas atribuições, de forma a atender, cada vez mais, as necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2006 a).

⁹ A ESF será abordada posteriormente em ítem especial.

A consolidação da ESF como reestruturador da atenção primária em saúde, possibilitará a configuração de novos arranjos institucionais capazes de conhecer e modificar a realidade sócio-política regional/local e contribuirá para a construção de políticas públicas mais eficazes e mais justas. A ESF foi introduzida com o propósito de reestruturar o SUS e sob esta perspectiva, se apóia em um contato direto com a população proporcionando a descoberta de problemas reais e/ou potenciais, que deverão ser articulados e resolvidos de forma intersetorial. Neste sentido, a ESF tem papel fundamental no fortalecimento da intersectorialidade para formulação de políticas públicas eficazes.

3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao longo dos últimos anos, segundo o Ministério da Saúde (2002), tornou-se evidente que o atendimento primário necessitava de uma nova abordagem, uma vez que a estrutura clássica de unidades básica de saúde vinha apresentando, em diversos locais do país, baixa resolutividade. Assim, a estratégia saúde da família foi idealizada no ano de 1993, em Brasília, após uma reunião convocada pelo Ministro da Saúde, como resposta aos secretários municipais de saúde que requeriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde, que no momento encontrava-se sendo praticada somente com o programa de agentes comunitários de saúde. (VIANA; POZ, 2005). Desta forma, a estratégia saúde da família, foi colocada em prática pelo Ministério da Saúde, desde 1994, como modelo substitutivo da rede básica tradicional de cobertura universal, assumindo como princípio norteador a equidade, como uma ferramenta para garantir a ampliação dos serviços de promoção à saúde.

A estratégia nasceu, condicionada a um conjunto de transformações no modelo assistencial curativista vigente, redirecionando as políticas de saúde, à modalidade de alocação de recursos e à remuneração dos profissionais. Trata-se da reforma da reforma, que precisa ultrapassar o modelo tradicional de

assistência hospitalar e individual para uma ação coletiva voltada ao ambiente físico e social da família.

De acordo com o manual do Ministério da Saúde, O SUS de A a Z, (Brasil 2009 c, p. 339), são itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

Existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes; existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES), dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família; garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

A assistência à saúde no Brasil, historicamente, esteve assentada no modelo biomédico, centrado no curativismo, nas especialidades, na alta tecnologia e no hospitalocentrismo, conduzindo a abordagem do usuário de forma isolada de seu contexto familiar, atuando de forma desarticulada e assistencialista. No Brasil, os programas voltados à família iniciaram com a sociedade civil, mais especificamente com as igrejas. Em seguida, as discussões governamentais voltam-se à preocupação com o crescimento da violência, surgindo a necessidade da inserção da família nos cenários das políticas públicas. Esse processo ganha mais força na década de 1990 com a valorização da família nas agendas das políticas sociais brasileiras. (RIBEIRO, 2004).

A estratégia saúde da família foi iniciada 1994 com a formação das primeiras equipes, como uma estratégia prioritária no tocante à reestruturação do setor saúde. (COSTA; CARBONE, 2004). A saúde da família surge com a proposta de servir de porta de entrada para o sistema, tendo como desafio reorganizar a atenção básica por meio de ações de qualidade voltadas para a promoção e assistência a saúde, impulsionada em 1996 com a operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS 96¹⁰ e a ampliação dos recursos financeiros destinados a saúde.

¹⁰ A NOB 96 é decorrente da experiência ditada pela prática dos instrumentos operacionais anteriores - em especial da NOB 1993 - o que possibilitou o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância do SUS para a saúde de cada um e de todos os brasileiros. Como

Nesta proposta, o objeto de atenção da equipe passa a ser a família a partir do seu contexto social e as práticas de saúde devem estar voltadas para a qualidade de vida das pessoas, impulsionando a população ao auto-cuidado e a prevenção de doenças.

A expansão da ESF inicialmente ocorreu mais intensamente em pequenos municípios, com menos de 100.000 habitantes, principalmente em áreas de maior vulnerabilidade e desigualdade social. No final do ano de 2002 a ESF já estava implantada em 4.114 municípios brasileiros, apresentando 16.192 equipes instaladas e atendendo a 53 milhões de pessoas. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). No ano de 2005, estavam implantadas no Brasil, 24.600 ESF, divididas em 4.986 municípios, cobrindo 44,4% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 78,6 milhões de pessoas. (BRASIL, 2009 b).

No Estado de Santa Catarina, em 2005, dos 293 municípios, 289 já contavam com a ESF, somando 1.230 ESF no mês de dezembro. Em 2008, o banco de dados nacional apresentava um total de 29.769 equipes no Brasil e 1.371 em Santa Catarina.¹¹ Um dos aspectos marcantes em relação à expansão esteve pautado na indução dos recursos financeiros como forma de incentivo e manutenção das equipes. O investimento do governo federal na ESF no ano de 2007 foi de R\$ 4.064,00 milhões. (BRASIL, 2009 a; 2009 e).

Percebendo a expansão da ESF no Brasil, o governo emitiu a Portaria nº. 648, em 28 de março de 2006, na qual foi estabelecido que a ESF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde com qualidade. (BRASIL, 2006 e).

Lançado como programa, logo foi catalogado como estratégia, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde.

instrumento de regulação do SUS, esta NOB, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explícita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil.

¹¹ Dados referentes a todas as modalidades de Estratégia Saúde da Família: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Equipe Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I, Equipe Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade II, Estratégia Saúde da Família com Quilombolas e Assentamentos, Equipe Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I com Quilombolas e Assentamentos, Equipe Saúde da Família com Saúde bucal Modalidade II com Quilombolas e Assentamentos, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) 1, NASF 2 e NASF intermunicipais.

A segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, definiu-o efetivamente como estratégia. Portanto, as suas características devem proporcionar condição de programa, que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos; reivindicam a posição de estratégia por sinalizar um caminho possível para se atingir os objetivos do SUS, reorientando o modelo e, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A ESF é um caminho pelo qual se acredita ser possível reformular e reorganizar a atuação prática do SUS no nível básico ou primário, modificando o modelo biomédico de cuidado em saúde, ultrapassando o cuidado individualizado. Deve contextualizar a saúde em seus vários aspectos e resgatar suas várias dimensões.

Para Lacerda e Traebert (2006), proporcionar esta mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de construção de um novo modo para atuar em saúde. Neste contexto, a medida que a ESF busca constituir-se como um modelo para atuação que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde na sua dupla face (individual e coletiva), propõe mudanças no objeto de atuação profissional e na organização dos serviços. (CIANPONE; PEDUZZI, 2000).

A ESF constitui então uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que aponta para mudanças importantes na organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local e no processo de descentralização. Configura-se ainda, como uma nova concepção de trabalho, baseada na interdisciplinaridade e em uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe (multiprofissionalidade), permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso para a resolução dos problemas encontrados. (VIANA; POZ, 2005).

3.3.1 Etapas para Implantação da ESF

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, (Brasil, 2006 e) e Costa Neto (2000 a), para a implantação de uma ESF é necessário a existência

de equipe multiprofissional, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. Deve ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Nos casos de Equipes de saúde Bucal (ESB) modalidade I, é necessária a incorporação de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário à equipe multiprofissional e, na modalidade II, além dos citados na modalidade I, a incorporação de técnico em higiene dental.

A seleção dos profissionais pode ser realizada isoladamente ou em conjunto com a realização de provas, entrevistas e análise de currículo. É imprescindível observar se o perfil do candidato é compatível com a proposta da estratégia saúde da família. De acordo com as Leis 11.350 de 05 de outubro de 2006 e a Constituição Federal, em seu artigo 37, inciso II, a contratação deve preceder aprovação em concurso ou processo seletivo público e dar-se-á em regime definido na Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).

A ESF tem composição multiprofissional e deve trabalhar de forma interdisciplinar. Portanto, outros profissionais poderão ser incorporados à equipe de acordo com as características da demanda dos serviços. Essas equipes multiprofissionais desenvolvem atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso de forma integral e contínua. (BRASIL, 2007, p. 06).

Conforme a publicação do Ministério da Saúde: Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil, (Brasil, 2004), construir a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade é um desafio posto às equipes saúde da família no processo de trabalho em equipe. A composição multiprofissional das equipes constitui-se em uma das diretrizes operacionais mais importantes da ESF, com o propósito de ampliar o conhecimento e as probabilidades de intervenção sobre os processos de saúde-doença, de modo a atender efetivamente às necessidades da população.

Desta forma, a portaria nº 673/GM/MS, de junho de 2003, prevê incorporação de uma equipe de Saúde Bucal para cada equipe de Saúde da Família; além disso, outros profissionais como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas, poderão ser incorporados, formando equipes

de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. (BRASIL, 2005). A saúde da família organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional cujo campo de atuação é o território-família-comunidade, onde cada um dos profissionais de saúde desenvolve ações de saúde, ora comuns, como as ações de planejamento e busca ativa, ora devendo ser preservadas as especificidades de seus núcleos de atuação e competência, buscando superar a fragmentação do conhecimento em especialidades com a perspectiva interdisciplinar. (BRASIL, 2006 f).

Souza (2000, p. 25) aponta que a implantação da ESF vem possibilitar a busca da integralidade da assistência e a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população. A ESF veio apoiar o trabalho conjunto entre os profissionais da saúde, a comunidade e todos os setores da gestão dos municípios.

Para Souza e Hamann (2006), as características do processo das equipes multiprofissionais da ESF, passam necessariamente pela interdisciplinaridade, vinculação, competência cultural, intersetorialidade e fortalecimento de uma gestão local que deve ser participativa e democrática.

No que diz respeito à ESF há que se destacarem aspectos específicos: focalizar a família, ou seja, conhecer a estrutura e funcionalidade das famílias, com intuito de propor intervenções impulsionadoras de mudanças positivas nos processos de saúde doença dos indivíduos, família e comunidade; o desenvolvimento de ações interdisciplinar e em equipe; além de realizar ações intersetoriais, por meio de integração com organizações governamentais e estabelecimento de parcerias com instituições sociais. (ALBURQUEQUE, 2006, p. 51).

A atuação das ESF e ESB abrange ações de caráter individual e coletivo que resgatem os princípios do SUS, porém, com maior potencial de impacto sobre a efetividade da atenção a saúde, pois visa identificar os principais problemas e adotar medidas concretas para mudar as condições que expõem a população aos riscos de ficarem doentes e morrerem. (BRASIL, 2006 c). Para que o trabalho seja bem sucedido, é necessário que a equipe saúde da família garanta um fluxo adequado dos usuários de um nível de complexidade a outro, prestando assistência integral às pessoas, com garantia de continuidade do tratamento, seja por meio do atendimento ou encaminhamento.

A atenção está centrada na família, o que possibilita à equipe, a leitura da realidade e o entendimento do ambiente físico e social no qual a família está inserida. Deve ampliar o conhecimento do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções necessárias, que estão além das práticas curativas. (COSTA NETO, 2000 a). Assim, pela promoção da saúde, prevenção e pela assistência básica, cada comunidade deve se assistida antes do surgimento da doença.

Santos *et al* (2000), reafirmam a importância desta aproximação com a comunidade, destacando que é no cotidiano e no concreto do espaço da família, que profissionais, em interação com elas, buscam a construção da saúde, priorizando proteção, promoção do auto-cuidado, troca solidária, buscando desta maneira, sair do modelo biomédico, dependente e centrado na doença.

A definição das áreas prioritárias a serem atendidas pelas equipes deve atender a critérios previamente definidos em cada município. Devem estar pautados por indicadores epidemiológicos, sociais e de acessibilidade. Pelos critérios defendidos pelo Ministério da Saúde, cada equipe de saúde da família, deve estar vinculada há uma população de 2.400 a 4.500 pessoas e, em casos de equipes de saúde bucal, mesmo estando vinculadas a até duas ESF, é recomendado uma população de até 6.900 pessoas. (BRASIL, 2004).

De forma geral, recomenda-se que cada ESF assista de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4500 habitantes, e que cada agente comunitário de saúde deva cobrir uma área de aproximadamente 20 a 250 famílias. Estas definições dependem da realidade geográfica, econômica e sócio-política da área, pois deve-se levar em consideração a distância existente entre as comunidades, principalmente no meio rural. (COSTA NETO, 2000 a).

A definição de território e o levantamento de sua população residente, representa a base de todo o planejamento das atividades de implantação e implementação, o que determina, inclusive, o número de equipes necessárias para atingir a cobertura populacional desejada.

O princípio operacional da ESF de adscrição de clientela permite estabelecer um vínculo das unidades básicas de saúde da família com a população. Para garantir o vínculo e a identidade cultural com as famílias, os profissionais das ESF devem residir no município e os ACS nas suas respectivas

micro-áreas de atuação. O ACS mora na comunidade e deve ser um personagem chave, um elo entre a ESF e a comunidade, devendo ser alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce. (BRASIL, 2005 a, p. 24).

A área de abrangência da unidade de saúde da família é um espaço geográfico composto de 4 a 6 micro-áreas contíguas, sob a responsabilidade dos ACS. A micro-área é um espaço delimitado onde residem 400 a 750 habitantes e corresponde a área de atuação do agente comunitário de saúde. A delimitação de território e adscrição de clientela permitem delinear sua realidade de saúde, e organizar a atenção segundo a lógica do enfoque dos problemas, atendendo às necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2004, p. 19).

3.3.2 Unidade Saúde da Família

No modelo tradicional da APS, a função dos centros de saúde ou postos de saúde, se caracterizam pela passividade. No entanto, na unidade saúde da família (USF), existe uma lógica de busca ativa e resolutividade, com maior capacidade de ação para atender as necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. Desta forma, as USF têm a responsabilidade de prestar assistência integral e contínua a toda população sob sua responsabilidade e se destina a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, por uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção. Uma unidade de saúde da família pode atuar com uma ou mais equipes, variando de acordo com o número de famílias existentes na área, ou seja, dependendo da concentração populacional existente no território sob sua responsabilidade. (BRASIL, 2005 a).

O ESF estrutura-se em uma USF, com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, em território definido, onde desenvolve suas ações. De forma a garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, integra-se em uma rede de serviços, assegurando a referencia e contra referencia para os diversos

níveis do sistema, de problemas identificados na atenção básica. (RIBEIRO, 2004, p. 659).

Costa Neto (2000 a), destaca que a melhor imagem para a USF é a de um funil, no qual pequena parcela dos casos seja encaminhado às especialidades. Quando realmente houver necessidade de encaminhamento, esses casos devem ter acompanhamento da equipe de saúde da família para continuidade da atenção no nível de cuidados básicos.

De acordo com Costa e Carbone (2004), cada unidade de saúde é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada. Cada unidade de saúde da família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. No entanto, não se recomenda que as ESF atuem no mesmo local em que os profissionais do modelo tradicional (UBS), para evitar conflitos e dificuldades para consolidar essa nova prática sanitária que é a ESF. (COSTA NETO, 2000 a). As equipes devem, portanto, estar inseridas em USF localizadas na comunidade de atuação.

O Ministério da Saúde, no Manual de Enfermagem (Brasil, 2001 b, p. 72), define que:

A estrutura mínima de USF deve ter uma sala de recepção, um local para os arquivos e registros; um local para cuidados básicos de enfermagem, como curativos e outros pequenos procedimentos; um consultório médico; um consultório de enfermagem; sanitários; espaço para atividades com grupo e educação permanente da ESF; uma clínica odontológica com equipamentos, instrumentais e materiais necessários para o atendimento à saúde bucal.

Visando a resolução dos problemas neste nível de atenção, o Ministério da Saúde, destina aos municípios, como incentivo adicional para melhoria da infraestrutura e equipamentos, recursos específicos¹² para estruturação das unidades de saúde de cada equipe de saúde da família e para equipes de saúde bucal logo após a implantação das mesmas. (BRASIL, 2006 e).

Uma USF deve ter capacidade de garantir atenção básica à população sob sua responsabilidade, dispondo de tecnologia e equipamentos que permitam a solução dos problemas de saúde mais comuns na comunidade. Logo, a USF deve constituir-se como a primeira opção do usuário, necessitando ser resolutiva, capaz de atender os problemas comuns e capaz de promover a saúde por meio

¹² O financiamento será descrito com maior ênfase em ítem posterior.

de processos educativos. Desta forma, a USF deve apresentar sala de vacina, mesa ginecológica e o espécuro para coleta de material para exame, caixa de sutura para curativos e pequenos procedimentos, consultório médico e de enfermagem, e clínica odontológica para dar o atendimento que a população necessita receber. (BRASIL, 2001 b).

A disponibilidade destes equipamentos confere suporte ao atendimento, possibilitando assegurar desde a realização de ações de saúde coletivas tradicionais, como imunização, até ações de urgência e emergência, como nebulização e pequenas cirurgias, que qualificam o atendimento da atenção básica e tem enorme impacto sobre o sistema de saúde local de saúde. (BRASIL, 2004, p. 50).

Destaca-se, de acordo com Costa Neto (2000 a, p. 14), que uma USF deve dispor da tecnologia necessária, ou seja, insumos, materiais e equipamentos para resolver os problemas da população, garantindo ainda, transporte para deslocamento da equipe quando a área de atuação for muito extensa. No Manual de Enfermagem do Ministério da Saúde, (Brasil, 2001 b), consta que além dos equipamentos essenciais à USF, deve-se lembrar que o ACS, para realizar as visitas às famílias da comunidade, necessita de equipamentos básicos, tais como balança, fita métrica e termômetro. Para o restante da equipe de saúde, é importante salientar que se a área de cobertura da USF for extensa, é necessário garantir, também, os meios para o transporte.

3.3.3 Processo de Trabalho da Equipe Saúde da Família

Dentre as atividades realizadas, a equipe de ESF desenvolve ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos usuários e família, por meio de visitas domiciliares, acompanhamento a grupos específicos e atendimento na unidade de saúde da área de abrangência. Baseia-se na intervenção oportuna e precoce por meio da busca ativa com ênfase à educação em saúde.

Além das características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, o processo de trabalho ESF envolve: cadastramento das famílias;

mapeamento da área de abrangência; diagnóstico, programação e implementação de atividades segundo critérios de risco à saúde; trabalho de forma multidisciplinar; promoção do desenvolvimento de ações intersetoriais, acompanhamento; avaliação sistemática das ações implementadas. (BRASIL, 2006 f). Desta forma, o trabalho da ESF deve estar pautado no planejamento das ações; saúde, promoção e vigilância a saúde; trabalho interdisciplinar e em equipe; e, abordagem integral da família (LACERDA; TRAEBERT, 2006).

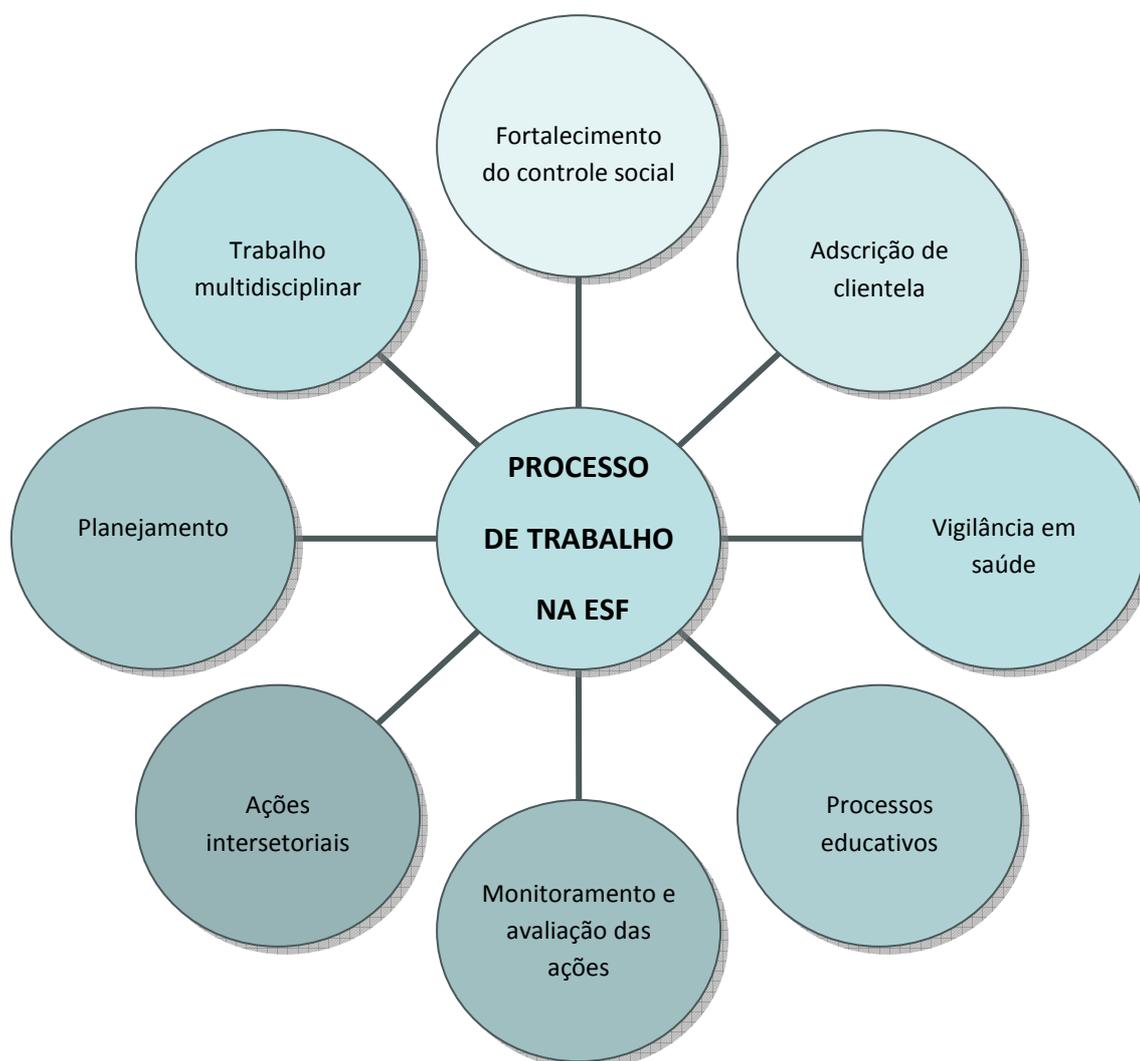


Figura 1 – Processo de trabalho na ESF

De acordo com o Ministério da Saúde, as principais diretrizes para o trabalho da ESF estão pautadas em:

Conhecer a realidade das famílias; realizar o cadastramento da população; elaborar plano de saúde local baseado no diagnóstico de saúde da população; programar atividades e reestruturar o processo de trabalho com a participação da comunidade; executar vigilância em saúde, atuando no controle de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, outras doenças infecto-contagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis, e doenças relacionadas com o trabalho e ambiente; prestar assistência resolutive, em sintonia com a demanda e com os principais problemas de saúde detectados na população; organizar os serviços e desenvolver as ações com ênfase na promoção da saúde e no núcleo familiar; desenvolver processos educativos com a população através de grupos comunitários; promover ações intersectoriais e com organizações comunitárias formais e informais; e, incentivar a participação ativa dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde, fortalecendo o controle social. (BRASIL, 2005 a).

Assim, na perspectiva de atender as principais necessidades em saúde da população, abordando situações de saúde mais frequentes, o Ministério da Saúde preconiza formação generalista dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, não fragmentando e atendendo indivíduos e família em todas as clínicas básicas (pediatria, ginecologia e clínica médica). No atendimento e organização das ESB, é importante a existência de modelos de assistência estabelecidos (listagem de procedimentos, protocolos de atendimento, escalas), oscilando entre as práticas incrementais e preventivas e intervencionistas e mutiladoras, destacando-se a realização de procedimentos clínicos, incluindo atendimentos das urgências e pequenas cirurgias; e, atenção integral em saúde bucal, como prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. (BRASIL, 2004; 2006 f).

O Ministério da Saúde, na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006 e), informa que a organização dos serviços de saúde envolve o atendimento ao usuário nas UBS e outras atividades realizadas para a população de suas respectivas áreas de abrangência. É durante as visitas domiciliares (VD) que é realizado o mapeamento do território, o cadastramento da população adstrita e são observadas as atividades diárias da família: sua alimentação, hábitos de higiene, condições de moradia, saneamento, meio ambiente e possíveis fatores de risco à saúde presentes no local.

A VD consiste em uma aproximação com a família, com o ambiente em que ela vive e observação precisa das condições de habitação e dos fatores culturais que interferem positiva ou negativamente na manutenção de sua saúde. (DUNCAN, *et al.* 2004).

A visita domiciliar é uma importante atividade, possibilitando o conhecimento da situação de saúde das famílias, o desenvolvimento de ações promocionais e preventivas, o acompanhamento de grupos, além de constituir-se em forte elemento no estabelecimento de vínculos entre as equipes e as famílias. (BRASIL, 2004, p. 20).

Segundo o Manual de Enfermagem da Saúde da Família, (Brasil, 2001 b), a visita domiciliar constitui-se em um instrumento utilizado com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de usuários ou o planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade. Trata-se de um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de saúde da família, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Pela VD o profissional estabelece vínculos, conhece o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e as reais condições de habitação, o que facilita o planejamento da assistência, por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe.

A VD mensal realizada pelo ACS permite, além da constante atualização do cadastro familiar, a identificação e o acompanhamento de indivíduos e/ou grupos prioritários. Ainda tem por finalidade monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente daquelas que enfrentam qualquer situação de risco. (COSTA NETO, 2000 a). A VD realizada pelos profissionais, a partir de prioridade pré-definida, contribui para uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações assistenciais. Assim, a definição do território de atuação das unidades básicas permite que as equipes se organizem para realizar atenção domiciliar de acordo com as necessidades da comunidade. (BRASIL, 2006 d).

Para Santos *et al.* (2000, p. 52), é no cotidiano, no espaço da família, que os profissionais, em interação com estas, buscam a construção da saúde, priorizando proteção, promoção do auto-cuidado, troca solidária, buscando, dessa forma, sair do modelo biomédico, dependente e centrado na doença. Costa Neto (2000 a), destaca que a VD que é realizada cotidianamente pelo ACS, garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social e, o resultado de cada visita é

repassado à ESF fazendo com que o encaminhamento de cada caso seja coerente com sua realidade de forma imediata.

No entendimento de Duncan *et al.* (2004, p. 103), a VD é um momento ímpar no cuidado e observação do usuário, da família e da comunidade, que pode ser classificada como internação domiciliar, busca ativa de faltosos em fase de tratamento, acompanhamento a doentes crônicos e acamados.

Na publicação Painel de Indicadores do SUS, Brasil (2006 d), enfatiza-se que a atenção domiciliar, integra duas modalidades específicas: a assistência domiciliar e a internação domiciliar. Entende-se por atenção domiciliar, um conjunto de ações realizadas por uma equipe multidisciplinar, no domicílio do usuário e sua família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações, destinando-se a responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária.

Já a internação domiciliar é uma prática incentivada pelo PSF, mas não substitui a internação hospitalar tradicional e deve sempre ser utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Está indicada em casos em que as condições clínicas e familiares permitirem. (COSTA NETO, 2000 a, p. 43).

Os fatores que influenciam na decisão da equipe em realizar a visita ou o internamento domiciliar, são: o conforto e a tranquilidade para a família e doente com dificuldade de locomoção, custos reduzidos relacionados ao acompanhamento, tratamento de manutenção das intercorrências de doenças crônicas e, a gravidade do quadro do doente. (DUNCAN, *et al.* 2004).

De acordo com Costa Neto (2000 a, p. 43), a ESF deve agendar as VD, segundo uma programação semanal da USF, priorizando situações, grupos de risco e as solicitações dos ACS.

A equipe saúde da família, na atenção domiciliar, deve articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo o desenvolvimento e adaptação de suas funções, de maneira a restabelecer sua independência e a preservação da autonomia dos sujeitos. (BRASIL, 2006 f).

Conforme o Manual de Condutas Médicas do Ministério da Saúde, (Brasil, 2002), as políticas públicas de saúde, em particular aquelas que ocorrem nos municípios, devem estar direcionadas para produzir saúde, capacitando as

comunidades para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, com atividades voltadas tanto para grupos sociais como para indivíduos, na busca de melhores condições de saúde, que se traduzam em bem-estar da sociedade. Atualmente, as ações de promoção a saúde voltadas aos interesses e necessidades sociais se intensificaram, resgatando um dos princípios do SUS que é a equidade.

A educação em saúde é uma forma de proporcionar transformação na sociedade, reforçar hábitos e sensibilizar as pessoas à reflexão e consciência. Neste sentido, para que ocorra efetivamente, é importante que seja levado em consideração os fatores sociais, econômicos, religiosos e comportamentais, como crenças, atitudes, valores. A população precisa ser encorajada a fazer escolhas mais saudáveis, participando ativamente deste processo.

De acordo com o Manual do SUS de A a Z, (Brasil, 2009 c, p. 130), a educação em saúde, trata-se de processo educativo e construção de conhecimentos em saúde que visa a apropriação sobre o tema pela população, caracterizando-se como o conjunto de práticas que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado.

Os cenários para implementar ações que conduzam a um melhor nível de vida e de saúde das populações são diversos. Ampliam-se cada vez mais as possibilidades de transformá-los mediante estratégias inovadoras. Uma das formas de realizar educação em saúde com a população, é a formação de grupos específicos para troca de experiências e processo de aprendizagem. A formação dos grupos pode ser realizada na sala de espera das UBS aos usuários que estão aguardando a consulta, ou a grupos específicos em encontros pontuais. Esses grupos específicos podem ser realizados com usuários hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes, adolescentes, entre outros. Independente da forma de grupo, os temas e questões devem ser conduzidos de forma que a troca de informações favoreça o processo de aprendizagem, ou seja, que o grupo reflita e avalie a partir das suas experiências.

O saber escutar se torna uma prática fundamental, pois a partir da escuta é que o profissional irá identificar os temas a serem explorados, refletidos e aprofundados, de acordo com a necessidade do grupo. Todos os temas e

discussões devem ser pautados na busca de motivação e autonomia dos usuários. (BRASIL, 2006 c).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Manual O SUS de A a Z, (Brasil, 2009 c, p. 05), a promoção a saúde é uma das estratégias de produção de saúde, um modo de pensar e de operar que, articulado às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde.

3.3.4 Intersetorialidade na ESF

A estratégia saúde da família propicia maior proximidade com as famílias, oportunizando acompanhar seus modos de vida, as relações existentes e identificar os processos protetores ou de desgaste para a saúde e a doença. Dessa forma, o programa permite que questões como dificuldades financeiras e sociais que as famílias apresentam, riscos sociais de adoecer e morrer e, potencialidades para enfrentá-los, valores, crenças, diferenças culturais ou educacionais, sejam desvendadas, facilitando a interferência dos atores apropriados.

A estratégia saúde da família foge da concepção usual de programas tradicionais que trabalham de forma desarticulada e imediatista porque tem o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e perene. No entanto, para que ocorra efetivamente esta resolução de problemas é preciso superar a fragmentação dos setores, já que os itens isolados não dão conta de promover qualidade de vida, de fomentar o desenvolvimento, de superar a exclusão social. É necessário entender a pessoa e sua família, como as totalidades que são, trabalhando de forma articulada, sem fatiar conhecimentos, saberes e ações. (INOJOSA, 2001). Além disso, para Ceccin (2005), a fragmentação das pessoas e de suas necessidades, tem gerado especialistas, intelectuais e indivíduos com concentração de saberes, criação de políticas específicas, geralmente assentadas na assistência individual, ocasionado aos profissionais, os serviços e a sociedade,

a anulação das realidades locais, não permitindo entender a singularidade e, portanto, não resultando na elaboração de estratégias adequadas ao enfrentamento efetivo dos problemas em saúde.

De acordo com o Manual O SUS de A a Z, (Brasil, 2009 c), a saúde exige uma estratégia que implique participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção (usuários, movimentos sociais, profissionais da saúde, gestores do setor sanitário e de setores como educação e assistência social), na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O diálogo democrático e participativo com a diversidade de atores e sujeitos envolvidos torna possível a produção de políticas que ofereçam respostas às necessidades reais da população.

Portanto, outro instrumento importante para a estratégia saúde da família são as ações intersetoriais. Ações intersetoriais, significam intervenções para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente e que possam conduzir à ambientes saudáveis e envolvem estabelecimento de parcerias com setores e atores fora da área da saúde. A intersetorialidade trata-se de uma rede de compromisso, na qual instituições, organizações e pessoas desenvolvem programas e realizam ações integradas em torno de uma questão social que surge a partir dos problemas reais da população. Trata-se de troca de saberes e conhecimentos empíricos, articulação, sinergia e integração de ações que visam um efeito comum. Nesta perspectiva, agentes sociais refletem sobre o contexto social e propõem estratégias de intervenção de acordo com as necessidades da população, coerentes com viabilidade prática e sustentabilidade.

Nobre (2003) aponta que a intersetorialidade vem sendo discutida nas últimas duas décadas. No Brasil vem sendo difundida no contexto do processo da reforma sanitária e de implementação de mudança de políticas de saúde, na reorganização da gestão e dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde, no Manual: O SUS de A a Z, (Brasil, 2009 c, p. 194), define que:

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção

resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida.

Para Inojosa, (2001), intersectorialidade é a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. A ação intersectorial é a integração de esforços visando alcançar mais e melhores resultados, racionalizando os recursos. Destaca-se que as ações intersectoriais são instrumentos de promoção, vantajoso ao se somar às ações nos segmentos diversos. (BRASIL, 2002).

De acordo com o Manual O SUS de A a Z, (Brasil, 2009 c), a intersectorialidade remete a definição de rede relações. Estimula e demanda mecanismos de envolvimento da sociedade, requerendo articulação, parcerias e vinculação para garantir a integralidade das ações.

A intersectorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros. (BRASIL, 2009 b, p. 194).

A finalidade da intersectorialidade é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e experiências, interagindo e integrando distintas áreas de conhecimento. Além de processos que permitam incorporar tecnologias e saberes, é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da realidade e da prática, com apoiadores matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção. (CECCIN, 2005).

Para contribuir com a melhoria dos indicadores em saúde e os sociais, os trabalhadores e gestores da esfera municipal, necessitam ter capacidade de atuar nos diferentes setores e áreas do SUS. É necessário que estejam preparados para operar em conformidade com as diretrizes propostas, superando modelos tradicionais centrados exclusivamente nas abordagens de doença e riscos conhecidos de adoecimento. (ALBURQUERQUE, 2006).

Neste sentido, as gestões municipais do SUS, devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais e não-governamentais (de áreas como meio ambiente, educação, assistência social, urbanismo e segurança pública) que possam contribuir para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população, mobilizando e colocando em movimento os atores que têm a capacidade potencial de produzir as mudanças necessárias.

3.3.5 Educação Permanente e Educação Continuada na ESF

Em face da evolução contínua e rápida das ciências da saúde, sem mencionar a variedade de situações problemas a serem enfrentados no território, que, evidentemente, acompanham o dinamismo da própria comunidade e da sociedade, a ESF necessita de um processo permanente de educação (DUNCAN, *et al.* 2004).

A experiência dos primeiros anos de ESF mostrou que existe dificuldade de se arregimentar médicos adequadamente formados para exercer a função de generalista e, enfermeiros com preparo para as abrangentes funções desempenhadas nas equipes. (BRASIL, 2002).

Segundo a Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil, (Brasil, 2004), a qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família constitui-se em uma ação estratégica para transformação das práticas de saúde, com o intuito de melhorar a resolutividade da atenção básica, voltando-se ao princípio da integralidade. Para tanto, para a implantação da ESF, é necessário que o município sensibilize e capacite suas equipes por meio de treinamento introdutório, com educação continuada e permanente dos profissionais. (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde vem ampliando sua intervenção, compartilhando com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família, de modo a intensificar o processo de qualificação em serviço dos profissionais que compõem as equipes. (COSTA NETO, 2000 b). Neste contexto, todos os integrantes de ESF e ESB devem adotar revisão

constante dos saberes e práticas relacionados com sua atividade. Na área da saúde, a capacitação é um processo de educação permanente, voltado para a atuação clínica, epidemiológica e de vigilância à saúde, tendo cada indivíduo e cada família da comunidade como bases da abordagem nova que a Saúde da Família pressupõe. (Brasil 2006, a).

A introdução da educação permanente em saúde seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e reguladores com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica a ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde. (CECCIN, 2005, p. 164).

A complexidade das ações e serviços na atenção básica requer saberes, competências, habilidades e atitudes que, não estão nas grades curriculares da formação dos profissionais da área de saúde. Desse modo, torna-se obrigação dos gestores municipais, realizarem, até três meses após a implantação das equipes saúde da família, um curso introdutório, com toda a equipe. Este curso deve ter duração mínima de 40 horas e contemplar assuntos como: políticas públicas de saúde, sistemas de saúde, atenção primária à saúde, planejamento e gestão, atenção integral centrada na pessoa, família e comunidade, atuação interdisciplinar e participação popular. (MENDONÇA; TALBOT, 2006).

Albuquerque (2006, p. 52), diz que se espera que a equipe, tenha capacidade de influência nas distintas esferas de atuação, desde o segmento da criança ao idoso, passando pelas diferentes etapas do desenvolvimento, e ainda, o domínio dos processos do trabalho com a família, reconhecimento territorial, trabalho comunitário, além de abordagem integral e humanizada.

A educação permanente em saúde pode corresponder à educação em serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar, pode corresponder à educação continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e a investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos e pode corresponder a educação formal de profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa as multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino. (CECCIM, 2005, p. 162).

Para Silva *et al* (2008, p. 47), a educação continuada é componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições. Com a expansão acelerada da ESF e da oferta dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais das ESF necessitam de programas e conteúdos que facilitem e subsidiem o desempenho das suas funções. De acordo com Costa Neto (2000 c, p. 07), a prática da ESF exige profissionais com visão sistêmica e integral da pessoa, da família e da comunidade, na qual estão inseridos, exigindo programas de capacitação orientados para as necessidades e realidades municipais.

Para Duncan (2004, *et al.* p. 95), implementar uma política de saúde universal, integral e equânime, requer capacidade de refletir a realidade, adquirir novos conhecimentos, dominar novas tecnologias e criar práticas e saberes condizentes com os diferentes contextos. Para tanto, Silva *et al* (2008, p. 47), destacam que a educação continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacidade de pessoas ou grupos, face a evolução científica-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais.

Conforme Costa Neto (2000 c, p. 11) a garantia da qualificação dos profissionais, dos resultados, da mudança das práticas, depende da preparação e efetiva capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família.

A Portaria nº 648/06, determina que as Secretarias Municipais de Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, têm responsabilidades conjuntas no desenvolvimento de estratégias de educação permanente dos profissionais da atenção básica, especialmente, de saúde da família. No entanto, de acordo com a Avaliação Normativa do PSF no Brasil, realizada em todo território nacional em 2001/2002, o treinamento introdutório não era realizado com todos os profissionais das equipes saúde da família. Nesta perspectiva, outro fator preocupante, é que o tempo de permanência dos profissionais nas equipes é de aproximadamente um ano, com alta taxa de permanência em torno de seis meses, o que configura rotatividade de profissionais treinados, interferindo na adesão e incorporação de novos valores e no exercício de novas práticas de saúde, configurando-se em um dos obstáculos serem superados. (BRASIL, 2004).

Um dos elementos definitivos na perspectiva da educação permanente é a orientação a partir do trabalho cotidiano, da orientação por melhores resultados utilizando como medida as competências laborais. É nessa perspectiva que o papel inicial da capacitação é uma etapa essencial em qualquer reforma dos serviços e um instrumento para a construção da educação permanente, pois, a partir do entendimento do papel dos profissionais e das equipes nessa reforma, podem-se avaliar as habilidades que deverão ser adquiridas para modificar o perfil dos profissionais para atuarem na atenção básica. (MENDONÇA; TALBOT, 2006, p. 59).

Segundo Silva (2008, p. 54), para que seja assegurada a qualidade do atendimento aos usuários, a educação continuada deve ser uma ferramenta para promover o desenvolvimento das pessoas, devendo também, ser voltada para a realidade institucional e necessidades dos trabalhadores e comunidade.

Conforme Duncan, *et al.* 2004, pela educação continuada, os profissionais assumem papéis diferentes; ora como aprendizes, ora como educadores e contribuem para o crescimento técnico e profissional da equipe, pois a educação continuada implica reprodução, imitação, apropriação e criação. As práticas de educação continuada reconhecem que cada trabalhador tem seu papel na transformação das práticas e reorientação do modelo de saúde, no qual o ponto de partida da aprendizagem está no conhecimento pregresso e na experiência adquirida no cotidiano, responsável por agregar valores, práticas e conceitos pelas relações existentes no cotidiano. (SILVA *et al.*, 2008).

Segundo Souza e Hamann (2006), no ano de 1996, a Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde, implantou os pólos de capacitação, formação e educação permanente, com o intuito de capacitar e formar profissionais capazes de construir o PSF nas diferentes regiões do país. Em 2003 esses pólos foram substituídos por uma nova proposta que incluía, além dos trabalhadores do SUS, os usuários, estudantes e a rede formadora destes profissionais, denominada pólos de educação permanente. Porém, apesar de terem representado espaços importantes de articulação, essa proposta foi substituída. No ano de 2007 o programa nacional de telessaúde foi inserido a fim de capacitar os profissionais da área da saúde.

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, (Brasil, 2009 d), com a definição das novas diretrizes e estratégias para implementação da Política Nacional de Educação Permanente, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, atualmente as

Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são as instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

É indispensável destacar que os CIES devem considerar as necessidades da população e as necessidades dos trabalhadores durante as escolhas das estratégias e formulação da política de educação que será inserida no contexto da ESF. Segundo a publicação do Ministério da Saúde, Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, (Brasil, 1997, p. 14), o pressuposto básico da ESF é o de quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual se planeja. Além disso, as escolhas devem estar pautadas na resolução dos problemas, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e da qualidade de vida da população.

Em 2010, destaca-se que o CIES da região do planalto norte catarinense, selecionou os seguintes cursos para serem ministrados no decorrer deste mesmo ano: capacitação de agentes comunitários de saúde, humanização na assistência a saúde, controle de infecção hospitalar, capacitação em gestão e planejamento e, treinamento em sistemas de informação.

3.3.6 Monitoramento, Planejamento e Avaliação das Ações na ESF

De acordo com a publicação do Ministério da Saúde, O SUS de A a Z, (Brasil, 2009 c), para que os gestores possam tomar decisões, bem como implementar ações baseadas na realidade e nas necessidades de sua população, é necessário que disponham de dados corretos sobre as condições de saúde e doenças no âmbito do território de atuação, condições de vida e ambientais, condições de atuação do sistema e dos serviços de saúde. Neste sentido, os sistemas de informações e os registros realizados são instrumentos importantes para subsidiar os gestores de forma oportuna, assegurando a avaliação permanente da situação de saúde das famílias e os resultados das ações executadas.

Para acompanhar os resultados das ações e situação de saúde da população, a ESF precisa monitorar continuamente as famílias de seu território de atuação. (DUNCAN, *et al.* 2004).

Para o Ministério da Saúde, (O SUS de A a Z, Brasil, 2009 c, p. 214):

O monitoramento em saúde pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno nessa área específica. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomadas de decisão, a identificação, o encaminhamento de solução e a redução de problemas, bem como a correção de rumos.

O sistema de informação de atenção básica (SIAB) é o sistema de informação territorializado, da estratégia saúde da família que fornece indicadores populacionais e permite o conhecimento da realidade da população acompanhada, que tem por objetivo, agregar, armazenar e processar as informações prioritárias para as equipes da ESF/PACS. O SIAB é o principal instrumento de monitoramento da ESF, no qual as informações são coletadas no ambiente domiciliar ou nas USF e os dados são gerados pelos profissionais, cuja missão é monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão, bem como fomentar e consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. (BRASIL, 2009 c).

A estratégia saúde na família, pela diversidade do seu trabalho, gera uma quantidade significativa de dados. Com o crescimento das equipes, tornou-se inviável o acompanhamento manual dos dados gerados. Desta forma, a equipe do DATASUS desenvolveu um sistema para gerenciamento das informações geradas pelas equipes. Surgiu o SIAB, capaz de produzir relatórios que auxiliarão o acompanhamento do trabalho e avaliação da sua qualidade. (BRASIL, 2006 d).

Carvalho e Eduardo (1998) destacam que um sistema de informação pode ser definido como um conjunto de procedimentos organizados, que quando executados, fornecem informação de suporte à organização. Em geral processa dados para que os responsáveis realizem a interpretação e façam o diagnóstico da realidade.

As informações originadas das visitas dos ACS durante o mês e, as informações das produções dos profissionais da ESF gerados na USF, são

registradas no SIAB, tornando-o importante fonte de dados para subsidiar o monitoramento e o planejamento das ações da ESF. (DUNCAN, 2004). As consultas, encaminhamentos, visitas domiciliares, internações, emergências, além dos procedimentos realizados por toda ESF devem ser registrados mensalmente. Esse procedimento é de responsabilidade dos municípios. Um técnico em informática deve alimentar o sistema de informações e repassar os dados do nível local para o federal. Além do uso local, estadual e federal dos dados, esses relatórios possibilitam o acompanhamento, avaliação e diagnóstico do estado de saúde da população, e por sua vez, permite a adequação dos serviços de saúde oferecidos.

De acordo com o Painel de Indicadores do SUS (Brasil, 2006 d), os relatórios que o SIAB emite, permitem conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los, sempre que necessário e, por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Segundo o Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica, (Brasil, 2003 c), o SIAB é um sistema idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento dos usuários e das atividades diárias realizadas pelos profissionais da ESF e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados são a Ficha A, na qual são cadastradas as famílias; Ficha B-GES, Ficha B-HA e Ficha B-DIA, nas quais são anotados os dados que permitem o acompanhamento de gestantes, hipertensos e diabéticos respectivamente. A Ficha B-TB e B-HAN são utilizadas para o acompanhamento de usuários com tuberculose e hanseníase. A Ficha C para o acompanhamento de crianças. Na Ficha D é realizado o registro de atividades, procedimentos e notificações; e, os instrumentos de consolidação dos dados são os relatórios de consolidado anual das famílias cadastradas (A1), relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias (SSA2), e, os relatórios de produção e marcadores para avaliação (PMA2).

O SIAB agrega informações que permitem a emissão de relatórios que auxiliam no acompanhamento e avaliação do desempenho das ESF nas três

instancias de gestão do SUS. A agregação dos dados oferece ainda informações oportunas no processo de decisão em saúde, tornando-o importante instrumento de planejamento e gestão local. A Portaria nº 1013/MS, de 08 de setembro de 2000, aponta que os municípios têm a obrigatoriedade da digitação mensal do SIAB, sob pena de ter os recursos do Piso da Atenção Básica bloqueados para aqueles que não cumprirem esse procedimento. Desta forma, as informações devem ser digitadas por um técnico em informática na esfera municipal e transmitidas via web para o departamento de informática do Ministério da saúde.

O monitoramento e a avaliação devem servir para ajustar, corrigir, modificar e reorientar políticas, estratégias e ações. Assim, têm por objetivo analisar, criticamente, as políticas e planos, verificar se os objetivos desejados estão sendo alcançados, e caso necessário, indicar rumos novos e mais eficazes. (BRASIL, 2009 c).

A avaliação em saúde é elemento fundamental para a tomada de decisões, pois indica a qualidade e a adequação do cuidado, permite a reorientação das intervenções e do projeto terapêutico desenvolvido. (BRASIL, 2006 c). Carvalho e Eduardo (1998, p. 18) corroboram esta orientação, destacando que a avaliação em saúde é o ato de apreensão das relações entre as necessidades, as práticas e técnicas de saúde, visando verificar a capacidade dessas práticas ou técnicas em responder as necessidades geradas no processo saúde-doença. Neste sentido, a avaliação dos serviços de saúde é indispensável para redirecionar ações e prevenir programas ou ações ineficazes.

A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e por isso deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população. (BRASIL, 2006 d, p. 15).

De acordo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006 e), no contexto da atenção básica, destacam-se três iniciativas que apontam para a avaliação no SUS; o primeiro é o pacto de indicadores da atenção básica, que se trata de um instrumento formal de negociação entre gestores das três esferas de governo, tomando como objeto de negociação metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados; o

segundo, é o SIAB, que apesar de necessidade de ajustes e aperfeiçoamento, produz indicadores importantes; e, o terceiro, o monitoramento da implantação e funcionamento das ESF no país, que estabelece como responsabilidade das três esferas de gestão, em seus âmbitos de atuação, monitorar e avaliar a atenção básica, elaborando metodologias e instrumentos para tal, qualificando profissionais e definindo estratégias para a institucionalização da avaliação.

No manual do SIAB (Brasil, 2003 c), consta que no processo de institucionalização do monitoramento e na avaliação das ações dos serviços de saúde, a agilidade na consolidação dos dados, análise e divulgação da informação, são fatores decisivos para a adequação do planejamento e da melhoria da qualidade da atenção ofertada. É essencial que a ESF saiba o que ocorre em sua área de abrangência e, com essa informação (diagnóstico de saúde) elabore o planejamento e acompanhamento das ações, o monitoramento das situações de risco e doenças e a avaliação. Neste sentido, espera-se que os serviços e práticas sejam organizados em permanente interação com a comunidade. (BRASIL, 2005).

Planejar é, fundamentalmente, avaliar o passado, sondar o futuro, tomar decisões e prometer fazer. O processo de planejamento contempla o planejamento, propriamente dito, execução, monitoramento, avaliação e replanejamento. (BRASIL, 2009 c).

Segundo o Painel de indicadores do SUS (Brasil, 2006 d), na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento cria a possibilidade de se conhecer a realidade, os principais problemas e necessidades da população, afim de elaborar propostas capazes de solucioná-los.

O processo de planejamento em saúde envolve vários aspectos de naturezas diversas, compreendendo desde aqueles relativos à organização e gestão do Sistema de Saúde, passando pelos diferentes recursos estratégicos, até alcançar aqueles relacionados com a atenção à saúde propriamente dita, a qual abrange uma imensa e complexa gama de ações, serviços e medidas de intervenção. (BRASIL, 2009 c, p. 243).

Para realizar o planejamento e a programação das ações de saúde, a equipe deve discutir, em reuniões internas e em reuniões com a participação da comunidade. Além disso, o planejamento em saúde depende de um conjunto de informações que expressem as condições de vida da população. As informações

podem ser culturais, sociais, econômicas ou epidemiológicas e devem nortear a programação das ações de acordo com as necessidades da população. (TANCREDI *et al.*, 1998).

Costa Neto (2000 a) afirma que para que as atividades da ESF respondam as necessidades da população, o planejamento deve ser dinâmico e acompanhar as mudanças ocorridas na comunidade, de forma a adequar as atividades às reais necessidades locais.

3.3.7 Financiamento das Ações na ESF

As ações e serviços de saúde são pactuados entre a União, estados e municípios e, geralmente, realizados pelo município. Para tanto, os planos de saúde devem contemplar recursos próprios e as necessárias transferências intergovernamentais, repassadas de forma regular e automática, mediante a celebração de convênios. (BRASIL, 2009 c, p. 305).

A transferência de recursos financeiros federais para os estados e municípios, em qualquer modalidade de financiamento do SUS, é processada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). (BRASIL, 2006 e). Desta forma, segundo os artigos 77 e 198 da CRFB de 1988, os municípios devem destinar 15% da totalidade da sua arrecadação, para a execução e financiamento das ações e serviços de saúde. Além disso, recebem repasses por meio de transferências “fundo a fundo”, regulares, automáticas e voluntárias, oriundas dos estados e da União. (BRASIL, 2009 c).

O Piso da Atenção Básica (PAB), criado em 1998, com a finalidade de assegurar novas formas de financiamento, (Souza e Hamann, 2006), possibilitou a transferência de recursos calculados em base *per capita* diretamente aos municípios, acrescentando valores de incentivos financeiros, de acordo com o número de ACS ou de ESF existentes em cada município. Dessa forma, a lógica do financiamento antes baseada na produção, é modificada. Atualmente ganha impulso norteando-se pela cobertura populacional, garantindo maior autonomia aos municípios.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, (Brasil, 2006 e), o PAB apresenta frações fixa e variável. Consiste em recursos financeiros federais destinados exclusivamente aos procedimentos e ações de ABS. O PAB fixo é estabelecido por valor *per capita*/ano variando de R\$15,00 a R\$ 18,00. O PAB variável financia estratégias de organização da AB.

A ESF e ESB são uma dessas estratégias. Além disso, em dezembro de 2000, com a regulamentação, pela Portaria nº 1444/GM, criou-se o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área na ESF.

Com a inserção dos pactos em saúde¹³, especialmente os pacto pela vida e de gestão, percebe-se mudanças, principalmente no que se refere ao co-financiamento, criação do financiamento da atenção básica – teto financeiro do bloco da atenção básica, além de investimentos em outros projetos e programas voltados a organização e ao fortalecimento da AB.

Porém, apesar de a ESF ter contribuído para a organização dos fundos financeiros por evidenciar dificuldades em se manter por pagamento por procedimento e estimular a criação das NOB, ainda há concentração dos recursos no governo federal e os municípios apresentam incapacidade e/ou dificuldade de gerirem a política social pública de saúde. Para Souza e Hamann (2006) a maior parte dos municípios utiliza todo o recurso do PAB e mais recursos próprios adicionais, para o custeio das ações e serviços ofertados pelas UFS. Neste caso, os recursos transferidos pelos incentivos federal não são suficientes para manter as ESF. Torna-se imprescindível e urgente o estabelecimento de pactos de coresponsabilidade no financiamento das ações em saúde ou outros mecanismos de financiamentos que contribuam para a redução das desigualdades regionais.

¹³ O Pacto pela Saúde criado em 2006 pelo Ministério da Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão: União, Estados e Municípios. A implementação do Pacto pela Saúde ocorre pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.

3.4 CONTROLE SOCIAL

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, lançou as bases do que seria a participação da sociedade como agente formuladora e controladora das políticas públicas de saúde. Essa Constituição garantiu o controle social. A partir da criação da Lei 8.142/1990, ficou definida a participação social por meio dos conselhos municipais de saúde (CMS), na qual gestores, trabalhadores e usuários se unem para construir o sistema de saúde.

Para Carvalho (1997, p. 95), o conselho de saúde foi um item privilegiado do corpo doutrinário e da pauta da reforma sanitária. Trilhou um longo percurso teórico e prático até alcançar o formato institucional contemporâneo.

O CMS é definido como um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, normativo e fiscalizador das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, que atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. (BRASIL, 2009 c, p. 99). Assim, os CMS, em conjunto com as secretarias municipais, têm o papel de deliberar, implementar as políticas públicas, e fiscalizar a aplicação de recursos.

Segundo Carvalho (1997), os conselhos de saúde têm suas raízes nas lutas comunitárias pela saúde nos anos de 1970. São a expressão institucional de uma das idéias fundadoras da reforma sanitária. Por meio de leis orgânicas, institucionalizaram-se os Conselhos de Saúde e construíram-se as bases da descentralização do processo de municipalização, participação da sociedade nas políticas e organizações de saúde.

O Ministério da Saúde, (Brasil, 2009 c, p. 154) descreve na publicação O SUS de A a Z, que:

Os conselhos municipais de saúde são fundamentais ao funcionamento das secretarias municipais de saúde, sendo importantes que seus membros conheçam seu papel na luta pela observância contínua dos direitos do cidadão e dos deveres do Estado, no tocante à saúde, assim como as diretrizes políticas, os aspectos jurídicos e normativos do SUS.

De acordo com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, os conselhos de saúde

devem implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de saúde. Devem ser compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. As vagas são distribuídas de forma paritária, ou seja, 50% dos conselheiros são usuários, 25% são trabalhadores da saúde e 25% são para representantes do governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos. A participação nos conselhos é voluntária e não remunerada. Os usuários são escolhidos por representantes do seu segmento. É imprescindível a representativa e a legitimidade para que o funcionamento do conselho seja adequado. (BRASIL, 2009 c).

A criação dos conselhos de saúde é estabelecida por Lei municipal, estadual ou federal. Segundo a Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, os conselhos atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Os conselheiros são responsáveis por atuar em todas as questões de saúde do município, controlando e fiscalizando a execução do plano de saúde, fiscalizando as contas, participando na elaboração de ações e metas da saúde do município. (BRASIL, 2003 b).

Desta forma, o caráter deliberativo do conselho não admite que ele seja transitório ou funcione somente quando convocado. Pressupõe uma atuação constante de planejamento, análise, aprovação ou correção das políticas de saúde propostas pelos gestores.

Para Carvalho (1997), apesar de todas as atribuições legais formalmente definidas, os Conselhos de Saúde vivem sua trajetória prática em meio a um conjunto de dilemas e ambigüidades que surgem a partir do seu pertencimento (governo ou sociedade), sua função (governar ou fiscalizar) e suas responsabilidades (executar ou acompanhar).

Ambigüidades à parte, o conselho de saúde deverá compartilhar a gestão e defender a aplicação no sistema de saúde, dos princípios da: universalidade, integralidade e equidade, de modo que a política municipal de saúde seja uma resposta às necessidades de saúde da população. Hoje, todos os Estados e Municípios brasileiros já possuem conselhos de saúde garantidos por Lei, que

representam a possibilidade da política de saúde ser formulada, executada, monitorada e avaliada com controle da sociedade. (BRASIL, 2009 c).

No entanto, é importante que os conselhos de saúde sejam formados e executados segundo a legislação e permitam à população interferir efetivamente na gestão da saúde, colocando as ações e os serviços na direção dos interesses da comunidade e não de acordo com os interesses político partidários.

Somente a partir da consulta popular é que o poder público poderá definir os problemas específicos de cada localidade ou grupo, elaborar e implantar programas que possam solucionar de maneira permanente os problemas existentes. Neste sentido o conselho de saúde é essencial para a avaliação, controle, monitoramento dos recursos do SUS, implementação e desenvolvimento das ações que são necessárias para a saúde, que garantam a consolidação da ESF e reestruturação da atenção primária a saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PESQUISADAS

A ESF, criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, vem sendo implantada em todo o país. Em Santa Catarina eram 2.432 equipes em dezembro de 2009. (SANTA CATARINA, 2010).

Segundo o Painel de Indicadores do SUS, (Brasil, 2006 d), a expansão da ESF entre 2000 e 2006 foi de mais de 17.400 equipes no Brasil. Todos os municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SRD já contavam com equipes de saúde da família desde 2001.

Evidencia-se aumento da cobertura da população entre 2004 e 2007 nos municípios pesquisados. Major Vieira que apresentava em 2004, a menor taxa da população coberta pela ESF (99,0% das famílias do município atendidas), teve um decréscimo em 2005 e aumentou sua taxa nos anos seguintes, chegando a 109,4% no ano de 2007. Irineópolis que apresentava cobertura abaixo de 100% em 2004 e 2005 superou a cobertura nos anos seguintes, chegando a 101,9% de cobertura em 2007. Os demais municípios, segundo a tabela 19, mantêm-se acima de 100% de cobertura em todos os anos, denotando cobertura de toda a população residente nestas áreas. A taxa de cobertura acima de 100% deve-se aos diferentes parâmetros de população utilizados pelo SIAB.

Tabela 19 – Cobertura populacional da ESF nos Municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, (2004 a 2007)

Município	População coberta pela ESF (%)			
	2004	2005	2006	2007
Bela Vista Toldo	104,3	106,4	108,6	108,4
Irineópolis	99,9	99,9	102,3	101,9
Major Vieira	99,0	70,0	106,6	109,4
Três Barras	112,7	97,2	100,8	101,7

Fonte: SIAB, (2009 e).

De acordo com o CNES e SIAB, conforme expresso na tabela 20, os municípios pesquisados apresentavam, durante a realização da pesquisa, em janeiro de 2010, um total de 18 equipes saúde família e 10 equipes de saúde bucal.

O número de equipes a serem cadastradas é disponibilizado pelo Ministério da Saúde, de acordo com o teto disponível para cada município. O cálculo do teto por município está condicionado ao número de habitantes e, com a quantidade de equipes para cobrir 100% da população. A área de abrangência de cada ESF é de no máximo 4.000 habitantes. A média recomendada é de 3.000 habitantes. Todos os municípios pesquisados utilizam o teto máximo para atuação das equipes.

Tabela 20 – Equipes Saúde da Família nos municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR, (01/2010)

Municípios	Número de Equipes ESF	Número de Equipes de Saúde Bucal
Bela Vista do Toldo	03	03
Irineópolis	04	03
Três Barras	08	02
Major Vieira	03	02
Total	18	10

Fonte: CNES, (2009 a); SIAB, (2009 e).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006 e), para a implantação da ESF, entre outros itens, é necessária a contratação de uma equipe multiprofissional que inclui no mínimo um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Podem ser incorporados à ESF outros profissionais tais como: assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, profissionais de educação física e nutricionistas, de acordo com as necessidades locais.

Para a realização da pesquisa foram selecionados os profissionais médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e agentes comunitários de saúde que compõe as ESF em municípios com menos de 20.000 habitantes da 26ª SDR. A escolha destas categorias profissionais está pautada nas funções que estes

exercem no contexto da ESF, levando-se em consideração os questionamentos pertinentes ao tema.

Destaca-se que o total de profissionais cadastrados no CNES é 150, e, portanto, este deveria ser o número de profissionais atuantes no dia da pesquisa.

Segundo informações colhidas com os profissionais entrevistados, haviam se desligado de seus cargos, no município de Major Vieira: um enfermeiro e um ACS; em Bela Vista do Toldo: um ACS e um cirurgião dentista; em Irineópolis um ACS e dois médicos e, em Três Barras: um médico, um enfermeiro e três ACS. Além disso, estava em licença maternidade uma enfermeira em Irineópolis e em férias um médico em Bela Vista do Toldo, e, uma enfermeira em Irineópolis. Além destes, outros 22 profissionais não responderam a pesquisa, ou por estarem ausentes ou desligados das equipes no dia da visita, ou por não estarem trabalhando no horário em que a pesquisa foi realizada. Em Bela Vista do Toldo estava ausente um ACS, em Três Barras cinco médicos, dois enfermeiros, um dentista e 09 ACS e, em Irineópolis um médico, dois enfermeiros e um dentista. Sistematizando-se os dados, estavam ausentes temporariamente ou formalmente, 15 profissionais durante a entrevista: 06 ACS, um cirurgião dentista, quatro enfermeiros e quatro médicos, e sem justificativa, 22 profissionais (10 ACS, 02 cirurgiões dentistas, quatro enfermeiros e 06 médicos).

A justificativa fornecida pelos gestores em relação a estas ausências foram férias, licenças, descumprimento de horário ou, equipes desfalcadas.

Destaca-se que o número de profissionais nas ESF no território estudado é expressivo perante as dificuldades que os municípios apresentam. A ausência de profissionais na equipes de ESF no dia da pesquisa representa o primeiro dado relevante no contexto do descumprimento das diretrizes da estratégia.

A PNAB, (Brasil, 2006 e), define que o Ministério da Saúde, suspenderá o repasse de recursos dos incentivos as ESF ou as ESB do município, nos casos em que for constatado, por meio de monitoramento e/ou supervisão, entre outros itens, ausência de qualquer profissional da equipe por período superior a 90 dias e pelo descumprimento da carga horária de 40 horas semanais. No entanto, observa-se na prática, principalmente na categoria médica, constante descumprimento de horário. Os gestores, visando manter as ESF atuantes e por se sentirem impotentes perante a categoria médica, ocultam o descumprimento

de horário, aceitam as regras impostas pelos médicos, seja por reivindicação por salários maiores ou carga horária menor, e mantém as equipes funcionando de forma inadequada.

Tabela 21 – Total de profissionais cadastrados no CNES e total de profissionais entrevistados

Profissionais	Bela Vista do Toldo		Irineópolis		Major Vieira		Três Barras		Total	
	Cadastrado	Entrevistado	Cadastrado	Entrevistado	Cadastrado	Entrevistado	Cadastrado	Entrevistado	Cadastrado	Entrevistado
ACS	15	13	25	24	19	18	46	34	105	89
C. Dentista	03	02	02	01	02	02	02	01	09	06
Enfermeiro	03	03	04	-	03	02	08	05	18	10
Médico	03	02	04	01	03	03	08	02	18	08
TOTAL	24	20	35	26	27	25	64	42	150	113

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Outro fato que ocorre, é o desligamento de profissionais em todas as categorias profissionais sem a atualização dos dados nos sistemas de informações. Quando há desligamento de um profissional da equipe os dados são mantidos, tanto no CNES como no SIAB visando assegurar o financiamento da ESF cedido pelo Ministério da Saúde. Estes fatores interferem na qualidade do trabalho na ESF e a fiscalização realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e/ou Ministério da Saúde é imprescindível. Deveria ser constante, a fim de evitar concessão de benefícios a uma categoria profissional em particular e forçar gestores a cumprirem as regras impostas para a implantação e manutenção da estratégia.

Partindo desses dados, outro fato que merece ser mencionado é que em todos os municípios pesquisados há profissionais da ESF que possuem outros vínculos empregatícios, o que por sua vez, prejudica o cumprimento da carga horária e o desempenho das atividades na ESF.

Segundo o gráfico 2, a pesquisa identificou a seguinte situação de duplo vínculo empregatício: Bela Vista do Toldo dois médicos, um enfermeiro e um

cirurgião dentista. Irineópolis, um médico e um cirurgião dentista, em Major Vieira um enfermeiro e um cirurgião dentista e em Três Barras, um médico. Este questionamento foi realizado com o intuito de elucidar as dúvidas quanto a carga horária cumprida pelos profissionais diariamente.

Assim, a pergunta foi direcionada aos cirurgiões dentistas, enfermeiros e médicos e revelou que no território estudado, 09 profissionais, isto é, 38% dos profissionais entrevistados mantêm outro tipo de vínculo, o que deixa dúvidas se há cumprimento da carga horária estabelecida pelas diretrizes da ESF que é de 40 horas semanais, para a equipe.

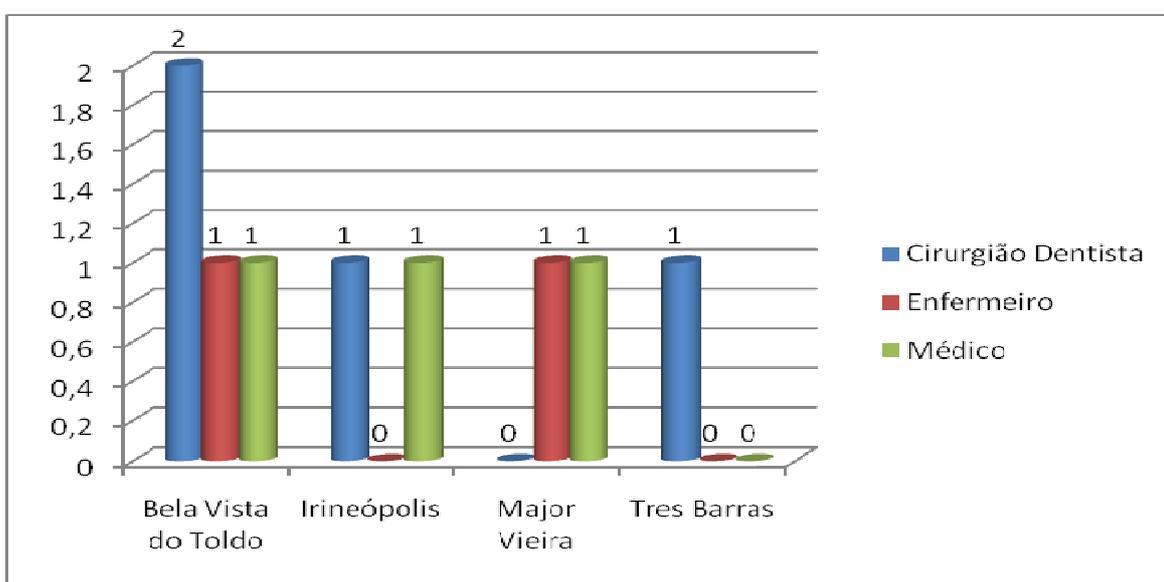


Gráfico 2 - Profissionais com duplo vínculo empregatício, por município e categoria profissional

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Levando-se em consideração que a carga horária diária dos profissionais da ESF é de 8 horas, e que 07 dos profissionais entrevistados possuem consultórios particulares, torna-se preocupante a possibilidade de se manter mais de um vínculo e cumprir a carga horária diária.

Em todo o Brasil, para garantir o cumprimento da carga horária na ESF a remuneração dos profissionais deve ser diferenciada. Desta forma, o salário deve ser adaptado a realidade local, porém, diferenciada pela especificidade do trabalho e carga horária estabelecida, a fim de garantir a dedicação e disponibilidade necessárias para o bom desempenho das tarefas.

Tabela 22 – Valor salarial na ESF, por município e categoria profissional

Município	ACS	Cirurgião	Enfermeiro	Médico
		Dentista		
Bela Vista do Toldo	R\$ 400,00	R\$ 2.200,00	R\$ 1.200,00	R\$ 6.500,00
Irineópolis	R\$ 660,00	R\$ 3.000,00	R\$ 2.240,00	R\$ 7.400,00
Major Vieira	R\$ 465,00	R\$ 2.300,00	R\$ 1.800,00	R\$ 9.600,00
Três Barras	R\$ 510,00	R\$ 2.500,00	R\$ 1.714,00	R\$ 7.600,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Os salários na região são heterogêneos e apresentam distância nos valores pagos entre um município e outro. Desta forma, pode-se ter idéia do que ocorre na prática. Há concentração de atendimentos médicos e odontológicos no período matutino, pois os profissionais na maioria dos municípios estão ausentes no período vespertino por possuir outros vínculos a fim de aumentar seus rendimentos. É necessário ainda, levar em consideração que existe um número maior de especialistas do que generalistas atuando na ESF, fazendo com que os médicos queiram exercer suas especialidades em consultórios particulares. Em municípios onde é exigido o cumprimento da carga horária, os profissionais desistem de trabalhar na ESF e garantem seu exercício profissional em atendimentos particulares ou em outras instituições, ou em serviços que não exijam tempo integral e aumentam seus rendimentos.

Desta forma, mesmo os salários sendo satisfatórios no território estudado se comparado a outras profissões e a remuneração um atrativo, esta não é suficiente para garantir a fixação do profissional na ESF no contexto pesquisado. A conseqüência é a rotatividade de profissionais. O gráfico 3 aponta que a rotatividade dos profissionais da ESF é constante nos municípios pesquisados. Em todos os municípios, o tempo de permanência na ESF por todas as categorias profissionais foi menos de um ano. O profissional mais constante é o ACS.

Alerta-se o risco de as atividades preconizadas pela ESF serem comprometidas pela rotatividade dos profissionais. Por permanecerem por pouco tempo atuando nas equipes, a criação de vínculos é prejudicada, tanto com a comunidade, quanto com a equipe à qual o profissional está inserido, dificultando o reconhecimento da realidade local, o que por sua vez, dificulta o planejamento e

execução das atividades pertinentes e influenciam na integração entre a equipe multiprofissional.

Em Bela Vista do Toldo a predominância de permanência dos profissionais na ESF é de menos de um ano, Irineópolis é de um a dois anos, Major Vieira, menos de um ano e em Três Barras mais de 5 anos.

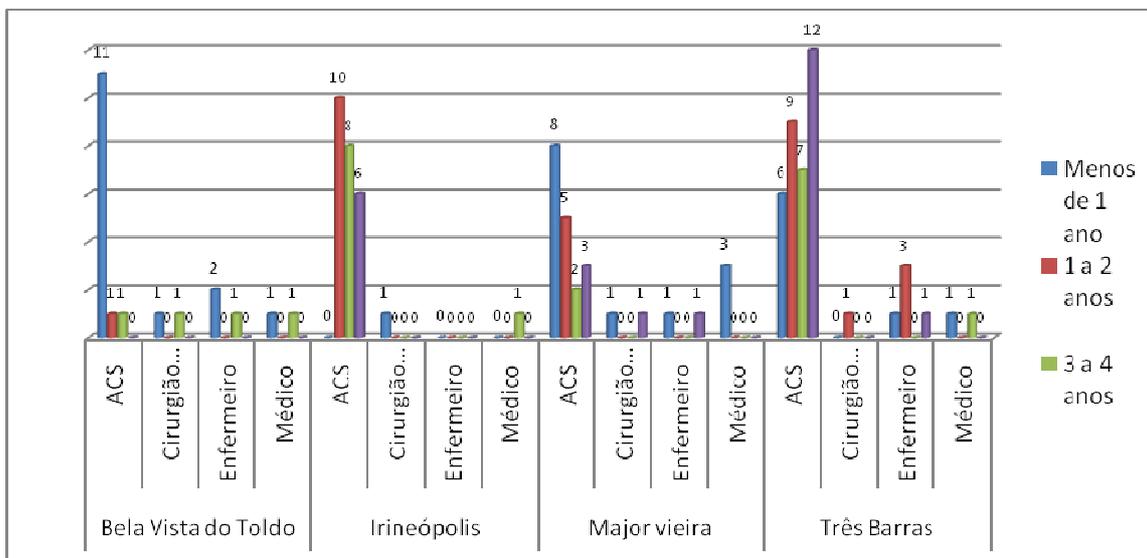


Gráfico 3 – Tempo de atuação na ESF no município, por município e categoria profissional
Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Há que se levar em consideração que o tipo de vínculo empregatício e as formas de contratação existentes nos municípios acentuam ou atenuam o risco de rotatividade dos profissionais.

Vale ressaltar que os processos seletivos têm validade curta, durando em média dois anos, que é o prazo máximo para que seja realizado novo processo seletivo. Desta forma, profissionais, apesar de terem vínculos com a comunidade e/ou equipe multiprofissional e atuarem de forma integral ou a contento, são desvinculados da estratégia por não alcançarem médias exigidas durante as provas de concurso. Por sua vez, a contratação direta gera instabilidade profissional e contrato ilegal ao passar de 90 dias.

Além da opção de seleção interna entre profissionais que fazem parte do quadro efetivo da prefeitura, para a expansão e/ou reposição de profissionais para atuarem na ESF, as contratações devem ser precedidas por processo seletivo com provas escritas, e/ou provas práticas e/ou entrevistas, e, a contratação deverá ocorrer por meio de regime da consolidação das leis trabalhistas (CLT),

podendo ser em caráter temporário, desde que seja caracterizada a necessidade temporária. (BRASIL, 2001 a).

Os municípios são os responsáveis pela gestão das equipes, logo, são os responsáveis pela opção da modalidade de contratação dos recursos humanos. Observa-se que os municípios vêm utilizando diversas formas para contratar os profissionais das ESF. A precariedade dos vínculos empregatícios observadas no território estudado pode ser decorrente da flexibilidade constante na legislação e do alto custo operacional para os gestores.

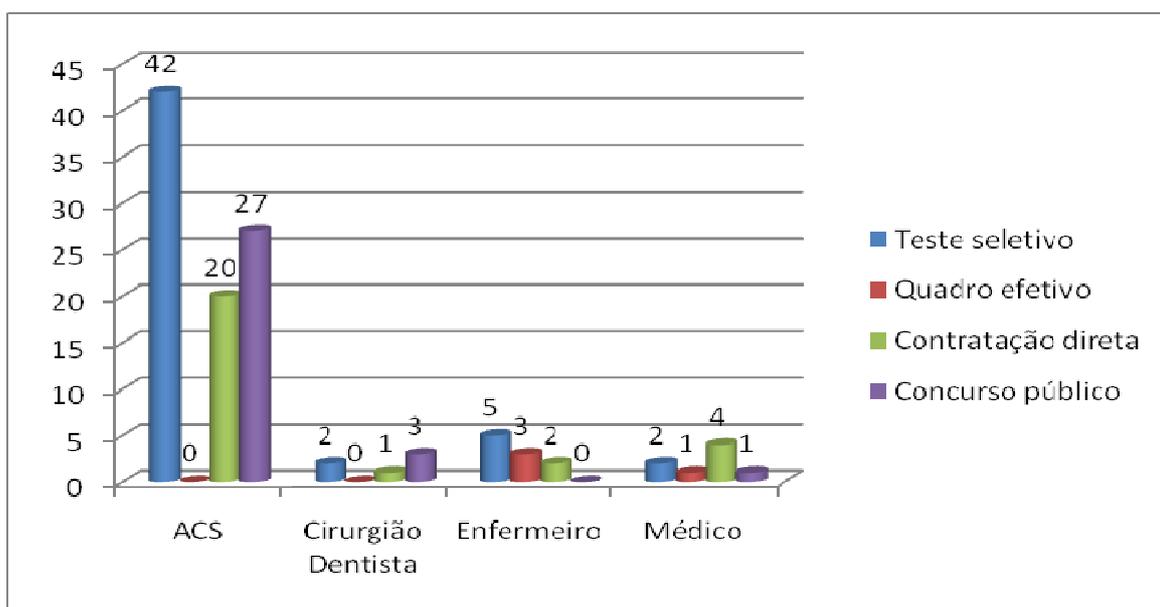


Gráfico 4 – Forma de contratação, por categoria profissional

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Segundo a publicação Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, (Brasil, 1997), o curto tempo de permanência dos profissionais nas equipes, pode se constituir em fator importante para o não desempenho do trabalho na ESF, dificultando desde a qualificação do profissional até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade de adesão e incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde, inclusive a vinculação com a própria equipe.

Para o bom desempenho das funções, a equipe multiprofissional deve atuar sinergicamente e estar em contato direto, seja em reuniões, no planejamento ou na execução das ações. É imprescindível que a equipe se conheça e interaja de tal forma que possam acolher e resolver os problemas da

população. Uma das orientações mais importantes da ESF é promover o trabalho de equipe, o que requer o estabelecimento de respeito profissional e o conhecimento entre seus membros.

Observa-se pelo gráfico 5, que 93 dos entrevistados que fazem parte da ESF, em todos os municípios, não identificam com precisão os demais profissionais que integram sua equipe. Vale destacar que esta análise leva em consideração somente as respostas que estavam totalmente corretas e os entrevistados deveriam identificar nominalmente e por categoria profissional, todos os profissionais que fazem parte da sua equipe.

Na sistematização dos dados, observa-se no território estudado que um dos princípios fundamentais da ESF, que é o trabalho em equipe, está prejudicado. A falta de atividades entre a equipe multiprofissional e o infreqüente contato direto pode atrapalhar as atividades da ESF. Outro fato, é que esta falta de contato entre os membros da equipe demonstra que as atividades de reuniões entre equipe e com a comunidade, o planejamento e outras atividades que devem ser realizadas em equipe, não estão sendo colocadas em prática.

Além da falta de comprometimento com as diretrizes da estratégia saúde da família, por parte dos profissionais que atuam nas equipes e pela coordenação da estratégia saúde da família nos municípios, há descaso pelo trabalho em equipe. Apesar das orientações da estratégia estar vinculada ao trabalho em equipe, as atividades são realizadas de forma fragmentada. O trabalho ainda está centralizado na figura do médico e no atendimento clínico realizado no consultório médico. A maior parte dos gestores pauta as atividades da ESF no atendimento médico, de forma quantitativa, não valorizando o planejamento das atividades, as reuniões de equipe e outras atividades pertinentes, que ocupam tempo e ocasionam diminuição no atendimento a demanda. Conseqüentemente, há desconfiguração nos objetivos da estratégia, não substituindo ou se diferenciando dos programas de saúde anteriores à ESF.

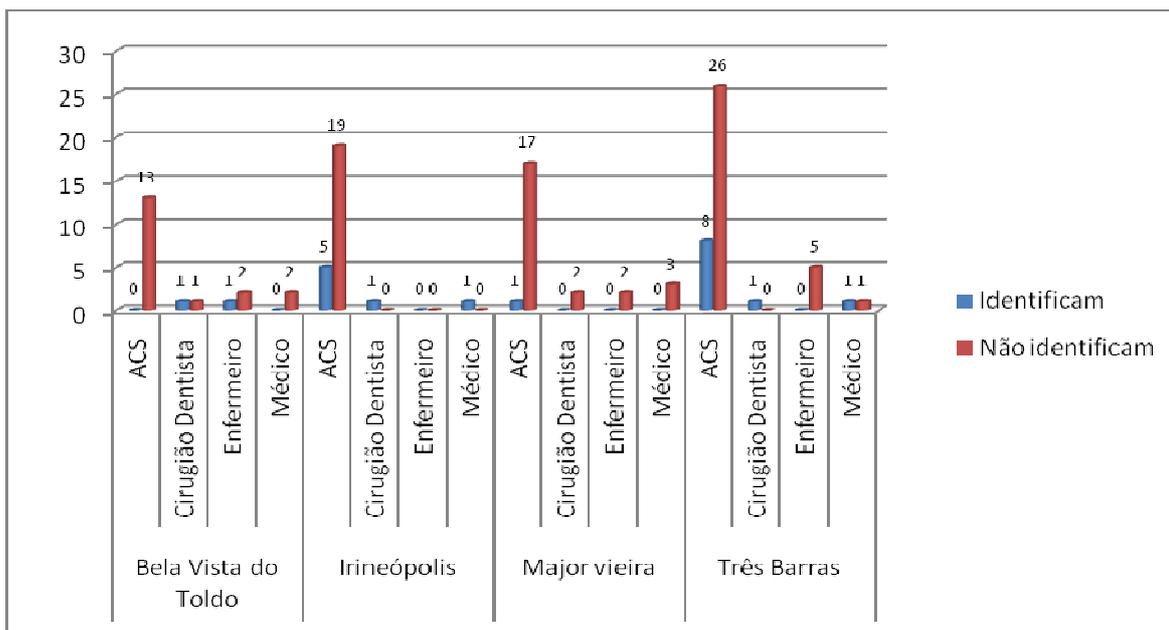


Gráfico 5 – Profissionais que identificam os demais integrantes da sua equipe, por município e categoria profissional

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

4.2 ANÁLISES DAS QUESTÕES DE PESQUISA

Esta etapa da pesquisa trata dos resultados e da análise da temática.

A ESF apresenta características essenciais e, segundo suas diretrizes operacionais, apresenta itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família. Estas características e diretrizes são as ferramentas utilizadas pelo Ministério da Saúde para reestruturar a atenção primária a saúde no Brasil. Então, apresenta-se a seguir as características e as diretrizes que fizeram parte da pesquisa.

4.2.1 Vinculação da ESF à População Adscrita

Segundo o Ministério da Saúde, em sua publicação Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial, (Brasil, 1997), os

profissionais das ESF são responsáveis por uma população determinada, devendo residir no município onde atuam para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade. Os ACS devem, igualmente, residir em suas respectivas micro-áreas de atuação.

A distribuição desta variável mostra, de acordo com o gráfico 6, que em todas as categorias, há profissionais que não residem no município ou na micro-área de atuação.

Há que se considerar, que os municípios em questão, por se tratarem de municípios com até 20.000 habitantes, não apresentam estrutura atrativa para os profissionais, o que dificulta o estabelecimento residencial no município. Levando-se em consideração, que Bela Vista do Toldo, Irineópolis, Major Vieira e Três Barras não apresentam estrutura tanto comercial quanto de lazer, entende-se ser esta uma das razões que dificulta manter esses profissionais residindo no local de trabalho.

No entanto, esta é uma questão que precisa ser enfrentada para a efetivação da ESF. É indispensável conhecer as famílias com as quais atuam e, principalmente, estabelecer um vínculo de confiança com a comunidade, pois os problemas são identificados por meio do reconhecimento da realidade local. Também é fundamental entender a saúde como produção social, pois a proximidade permite troca de saberes e experiências.

Para a efetivação do vínculo dos profissionais com as pessoas e suas famílias, faz-se necessário que a equipe de saúde da família conheça a realidade delas, seja demográfica, epidemiológica, socioeconômica ou psicoculturalmente. A sintonia entre profissionais e população necessita prevalecer, não podendo ser dificultada pela falta de proximidade cotidiana.

Para Schimith e Lima (2004), o vínculo entre profissional e usuário de saúde estimula a autonomia e a cidadania, promove a participação durante a prestação de serviço e conduz a responsabilização compartilhada no processo saúde e doença.

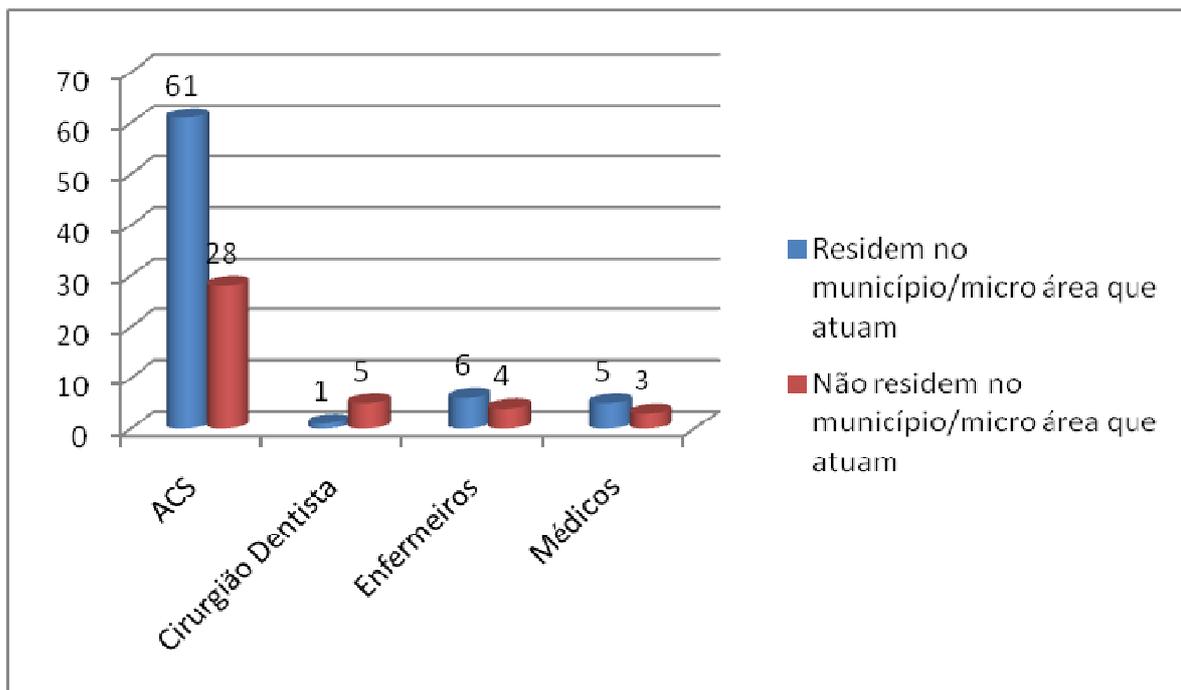


Gráfico 6 – Residência dos entrevistados por categoria profissional

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Nas diretrizes da ESF, destaca-se que a equipe deve atuar em um território e com uma população bem definida e conhecida. Para tanto, a equipe de saúde além de conhecer sua comunidade, deve mapear os riscos ambientais, populações vulneráveis, condições de saúde e outras indicações necessárias para o desenvolvimento das ações de promoção e prevenção de saúde individual e coletiva. Pelos critérios do Ministério da Saúde, cada equipe de saúde da família deve abranger uma população de cerca de 2.400 a 4.000 pessoas, ou seja, entre 600 e 1.000 famílias.

De acordo com Costa Neto (2000 a), a definição do número de famílias e pessoas que devem ser atendida por uma equipe, depende da realidade geográfica, econômica e sociopolítica do território de abrangência. Deve-se levar em consideração a densidade populacional e a facilidade de acesso da população à USF.

Os dados da pesquisa apontam para o desconhecimento por parte de todos os profissionais entrevistados, do número de famílias que fazem parte da sua área de abrangência. No cotidiano da ESF, o que ocorre, na maioria das

vezes, é que os profissionais atendem a demanda espontânea¹⁴, sem vinculação com a população, sem conhecimento dos agravos e problemas que ocorrem nas comunidades. Grande parte dos profissionais não identificam nem a ESF a qual estão vinculados.

Ressalta-se que o ACS, que é o profissional que deve manter maior contato com o usuário, bem como, visitá-lo mensalmente, apresentou 27 respostas negativas nos municípios pesquisados, tratando-se de número expressivo por representar 30,3% das respostas entre os 89 ACS entrevistados. Considerando-se o espaço da pesquisa, segundo o gráfico 7, 44 profissionais entrevistados desconhecem o número de famílias que fazem parte da sua área de abrangência.

É importante destacar que este desconhecimento sobre o total de famílias pode estar relacionado com a rotatividade de profissionais que ocorre na prática da ESF ou com o descomprometimento dos profissionais.

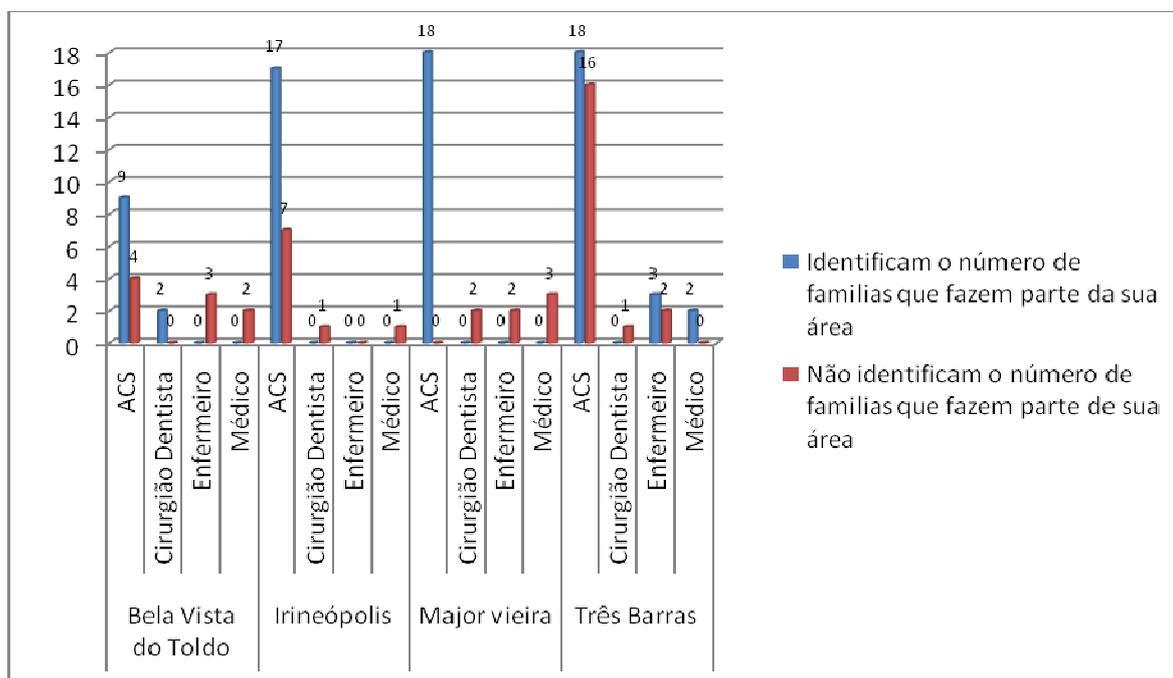


Gráfico 7 – Identificação do número de famílias da área de abrangência, por município e categoria profissional

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

¹⁴ A demanda espontânea deve ser interpretada neste estudo como a procura ao serviço de saúde, mais especificamente, como a procura pela população ou usuários de saúde a consulta médica na USB.

Seguindo o raciocínio de vinculação, a definição da área de abrangência é o primeiro passo para a elaboração da proposta de implantação da ESF. Os demais critérios são sempre pautados em indicadores epidemiológicos, sociais e de acessibilidade, o que oportuniza o mapeamento, reconhecimento, diagnóstico, programação e implementação de atividades. Estes seguem critérios de risco à saúde, priorizando soluções a problemas mais freqüentes, bem como, da atualização contínua dos dados.

Para o entendimento desse processo, destaca-se que o território ou segmento territorial é um conjunto de áreas contíguas; área é o conjunto de micro-áreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família e, micro-área é o espaço que corresponde à área de atuação de um agente comunitário de saúde.

Os dados do gráfico 8, apontam para o desconhecimento por parte destes profissionais sobre a sua área de atuação. É importante destacar que neste questionamento, foram levadas em consideração somente as respostas totalmente corretas, excluindo-se as respostas incompletas e sem identificação de qualquer micro-área.

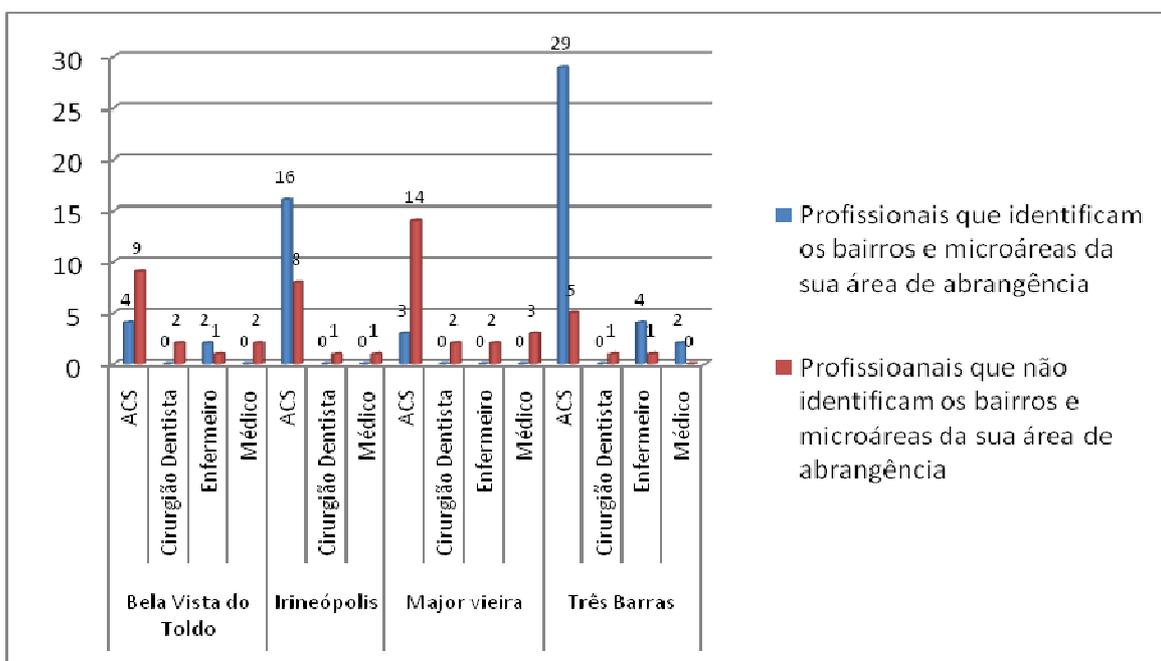


Gráfico 8 – Reconhecimento territorial da área de abrangência, por município e categoria profissional

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

De acordo com a Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil (Brasil, 2004, p.91) a delimitação do território de responsabilização das equipes é fundamental para a ESF. Isso permite delinear a realidade de saúde da população, que está em permanente movimento, e, se organizar a atenção a saúde segundo o enfoque dos problemas, atendendo às necessidades de saúde da população.

O desconhecimento apresentado pelos profissionais sobre os bairros e micro-áreas nas quais devem atuar, sugere que as equipes saúde da família, do território pesquisado, não está seguindo os critérios definidos pelo Ministério da Saúde, que devem ocorrer aplicando-se os procedimentos de diagnóstico, planejamento e implementação.

O inconveniente desse desconhecimento é o reflexo sobre a família e o seu espaço social, os quais devem ser eleitos como o núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. A adscrição de clientela facilita o estabelecimento de vínculo com a população, possibilita o compromisso, a co-responsabilização com os usuários e a comunidade. Para um trabalho bem sucedido, faz-se necessário que a família seja o núcleo de atuação da ESF, que as equipes interajam com a comunidade na qual estão inseridas, façam busca ativa de casos, interfiram de forma precoce e oportuna nos problemas de saúde destas pessoas. Para isso é imprescindível o reconhecimento territorial.

Todavia, encontram-se no cotidiano, equipes que não conhecem a realidade da população por divisão de áreas. Médicos, dentistas e enfermeiros atendem a demanda espontânea indiscriminadamente sem distinção de áreas e micro-áreas de atuação. Na pesquisa, as consultas médicas e odontológicas e atendimentos realizados na USF de usuários que residem fora da área de abrangência do profissional, foram citados por todos os profissionais.

Ainda assim, observa-se, de acordo com os relatórios do SIAB dos municípios (Brasil, 2009 e), que a digitação de consultas médicas à pessoas residentes fora da área de abrangência são raras. Na competência de setembro de 2009, foram registradas 232 consultas das equipes saúde da família de Três Barras, 11 em Major Vieira, e nenhuma em Irineópolis e Bela Vista do Toldo.

Esta discrepância entre a realidade das consultas realizadas fora da área de abrangência e os dados enviados, mensalmente, pelos municípios à esfera

federal, pode estar pautada nas regras do Ministério da Saúde para o repasse do recurso financeiro, o qual pode ser cancelado se as diretrizes da estratégia não estiverem sendo cumpridas.

Deste modo, apesar de as diretrizes da estratégia estarem claramente definidas em sua legislação e a multiplicidade de abordagens destinadas à família e ao contexto familiar, em bibliografias específicas destinadas aos profissionais da ESF, na prática, a família pode estar sendo tratada de forma fragmentada e os profissionais ainda atuando de forma individual, curativista e passiva.

Outro fator relevante, é que o município de Três Barras foi, entre os municípios pesquisados, o que mais apresentou respostas confirmando a divisão dos prontuários por áreas. Esta é mais uma evidência de que o atendimento é realizado sem divisão por áreas nos outros municípios. Ainda assim, respostas confirmando que o prontuário é acondicionado em arquivos por áreas em todos os outros municípios surgiram na pesquisa, o que denota desconhecimento por parte da equipe de como é organizado o prontuário nas unidades de saúde e de como os atendimentos são estabelecidos.

Esta pergunta foi direcionada aos cirurgiões dentistas, enfermeiros e médicos por serem os profissionais que têm acesso ao prontuário clínico.

Conforme o gráfico 9, nota-se que somente em Três Barras seguem-se as orientações do Ministério da Saúde.

A orientação do Ministério da Saúde é de que cada família tenha seu prontuário numerado, com fichas individuais para os seus membros, com os principais dados da família na capa. Neste prontuário devem ser registrados todos os procedimentos realizados pela equipe como: VD, vacinas, diagnósticos, tratamentos, cartões de gestante e criança. A partir desses dados pode-se elaborar planos de atendimento em conjunto para cada família.

Segundo Schimith e Lima (2004), o vínculo com a população amplia a eficácia das ações, favorece a participação do usuário durante a prestação da assistência tornando-o autônomo, consistindo-se em fator determinante para a consolidação da ESF.

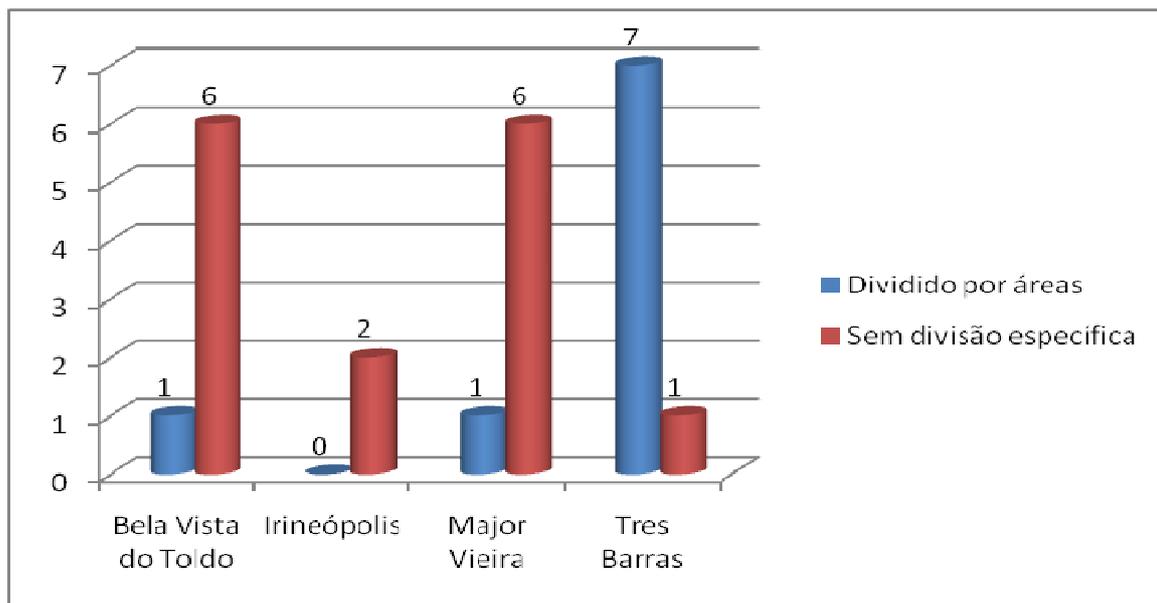


Gráfico 9 – Acondicionamento do prontuário clínico na USF

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

As variáveis apresentadas neste tópico são importantes para mensurar o cumprimento das diretrizes da ESF e averiguar o vínculo entre as equipes de saúde da família e população.

4.2.2 Processo de Trabalho e Ações Desenvolvidas na ESF

O processo de trabalho da equipe de saúde da família foi analisado de forma a descrever as atividades desenvolvidas e responsabilidades, por categoria profissional.

De acordo com a Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil, (Brasil, 2004, p. 98), na perspectiva de atender as principais necessidades em saúde da população, as ESF devem abordar as situações de saúde mais freqüentes, de forma não fragmentada, orientando as pessoas e suas famílias, e as comunidades em que vivem. Assim, os profissionais devem atuar e realizar procedimentos determinados à sua categoria profissional, no entanto, na perspectiva de uma abordagem integral.

De acordo com Costa Neto (2000 a), os profissionais das equipes devem executar, de acordo com a qualificação profissional, os procedimentos de

vigilância a saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida, resolvendo a maior parte dos problemas detectados, prestando assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda.

Na tabela 23, destacam-se procedimentos importantes que devem ser realizados pelo médico da ESF nas unidades básicas ou USF: diagnósticos, tratamento, manutenção e reabilitação dos indivíduos e famílias, consultas em clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas, encaminhamentos de usuários para referências e atendimentos a urgências e emergências.

Ressalta-se que na questão formulada sobre esses procedimentos, o número absoluto de respostas não é condizente com o número de médicos entrevistados. O questionamento era com múltipla escolha, no qual o entrevistado assinalava o item que realizava, completando com a descrição de atividades realizadas diariamente.

Observa-se que não são todos os procedimentos básicos que são realizados pelos médicos do território estudado. Em Bela Vista do Toldo e Irineópolis foram os municípios onde os médicos apresentaram maior deficiência em relação aos procedimentos preconizados pela ESF. Em Major Vieira e Três Barras os médicos também não realizam todos os procedimentos que deveriam ser realizados na atenção básica.

Quando solicitado para que os profissionais descrevessem as atividades que eram desenvolvidas diariamente, outros procedimentos foram citados, porém, em menor frequência. Em Major Vieira foram citadas as consultas à demanda espontânea, internamentos hospitalares, realização de procedimentos básicos (sem descrição dos procedimentos), suturas, preenchimento de fichas de encaminhamento, guias, pedidos e coleta para exame preventivo do colo do útero. Em Bela Vista do Toldo e Três Barras foram citadas somente consultas à demanda livre, e, em Irineópolis o médico entrevistado descreveu como atividades realizadas: consultas, visitas domiciliares e orientações à população em geral.

Tabela 23 – Procedimentos realizados pelo médico na ESF

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS¹⁵	Bela Vista Toldo	Irineópolis	Major Vieira	Três Barras
Suturas	2	-	3	2
Coleta – punção para biopsia	-	-	2	-
Lavagens de ouvido	-	1	3	2
Debridamento de feridas	-	-	1	1
Consulta de pré natal	-	-	1	-
Exerese de unha, calo, cisto ou lipoma	2	-	-	2
Coleta de papanicolau	-	-	1	-
Tratamento da miíase	1	1	3	1
Epistaxe – tamponamento	1	1	3	2
Queimaduras 1º atendimento	1	1	3	1
Glicemia capilar	1	1	3	1
Diagnóstico e tratamento para hanseníase e tuberculose	-	-	2	1
Diagnostico e tratamento das DST	1	1	2	2
Notificações de doenças compulsórias	2	1	2	1
Investigação de óbitos	-	-	-	-
Drenagem de abscessos	1	-	3	1
Retirada de corpo estranho	2	1	3	2
Visitas domiciliares	2	1	3	2
Internamentos domiciliares	-	1	-	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

¹⁵ Sutura é a união de dois bordos de uma lesão, usando fio de sutura. Biópsia é a retirada de um fragmento de tecido vivo para análise laboratorial. Coleta de papanicolau é o exame que consiste na coleta de material do colo uterino para exame e previne o câncer de colo uterino. Debridamento de ferida é a remoção de tecido necrosado em uma lesão. Exerese trata-se de procedimento cirúrgico utilizado para retirar ou extrair uma parte ou a totalidade de um órgão ou tecido nocivo ou supérfluo. Epistaxe ou hemorragia nasal diz respeito a qualquer perda de sangue pelo nariz. Miíase é uma doença parasitária provocada pela larva da mosca. O tratamento consiste na retirada mecânica da larva. Glicemia capilar é um exame realizado para medir a concentração de glicose no sangue por meio de um aparelho chamado glicosímetro. Notificação compulsória é o registro obrigatório e universal de doenças que requerem pronta intervenção. Drenagem de abscesso é a retirada de pus acumulado em um tecido. Corpos estranhos são objetos que não fazem parte da estrutura natural encontrados no tubo digestivo ou nas vias respiratórias.

Os cirurgiões dentistas, da mesma forma, devem desempenhar atividades específicas na ESF. De acordo com o Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal, (Brasil, 2006 f), são competências do cirurgião dentista na ESF:

Realizar diagnóstico e obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, com resolubilidade; encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; e, entre outras, acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF.

O Ministério da Saúde orienta que o trabalho da odontologia na ESF não deve estar centrado somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Todavia, a ausência de uma definição clara dos procedimentos pertinentes à atenção primária no âmbito da odontologia aliado ao auto custo dos materiais odontológicos, limita a oferta de serviços oferecidos a procedimentos restauradores, escassas intervenções profiláticas e restauradoras e aos procedimentos cirúrgicos de menor complexidade. (LACERDA e TRAEBERT, 2006).

Na tabela 24 apresenta-se os procedimentos que fazem parte das diretrizes da ESF e devem ser realizados pelo cirurgião dentista. Observa-se que procedimentos indicados pelo Ministério da Saúde não são realizados no território pesquisado.

Quando solicitado para descrever as atividades desenvolvidas, em Major Vieira foi citado somente consultas à demanda espontânea; em Bela Vista, exame clínico e atendimentos gerais; em Três Barras, atendimento clínico, distribuição de materiais em escolas, teatro para alunos, avaliação e atendimentos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Casa da Criança e, em Irineópolis, exames e atendimento clínico, visitas domiciliares, palestras nas escolas, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e abrigo para idosos, atividades de prevenção (escovação e desenvolvimento de projetos).

Tabela 24 – Procedimentos realizados pelo cirurgião dentista na ESF

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS¹⁶	Bela Vista	do Toldo	Irineópolis	Major	Vieira	Três	Barras
Exodontias de dente decíduo e permanente;	2	1	2	1			
Controle de placa bacteriana;	2	1	2	1			
Aplicação de selante;	2	1	1	1			
Aplicação de carióstático;	2	1	-	1			
Atendimentos de urgência;	2	1	2	1			
Pequenas cirurgias;	1	1	-	1			
Profilaxia;	2	1	2	1			
Selamento de cavidade provisório;	2	1	2	1			
Capeamento pulpar direto em dente permanente	2	1	2	1			
Alisamento coronário;	-	1	1	1			
Restauração amalgama 1 e 2 faces;	2	1	2	1			
Restauração resina fotopolimerizável 1 e 2 faces;	2	1	2	1			
Restauração de ionômero de vidro 1 e 2 faces;	2	1	2	1			
Drenagem de abscesso;	2	1	2	-			
Tratamento de hemorragias;	2	1	2	-			
Ulotomia;	-	-	-	-			
Radiografia;	-	-	2	-			
Traumatismo dentário;	2	1	2	-			
Endodontia;	-	-	1	-			
Biópsia de lesões bucais;	-	-	-	-			
Fluorterapia;	2	1	2	1			
Reabilitação protética;	-	-	-	-			
Periodontia não cirúrgica	-	1	1	-			

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

¹⁶ Exodontia é a extração de um dente. Aplicação de selante significa aplicar material nas superfícies rugosas dos dentes posteriores reduzindo o risco da cárie. Aplicação de carióstático é a utilização de um produto para revelação de cárie dental. Profilaxia é a limpeza do dente para controle de placa bacteriana. Selamento de cavidade provisório trata-se de restauração provisória de um dente. Capeamento pulpar direto é o tratamento realizado quando há exposição do nervo. Alisamento coronário significa polimento do dente. Ulotomia é a abertura da gengiva para exposição do dente. Endodontia são os tratamentos realizados no canal no dente.

Os procedimentos que são realizados pelos enfermeiros da ESF do território estudado são apresentados na tabela 25.

Quando solicitado aos enfermeiros pesquisados para descrever as atividades realizadas diariamente, as respostas foram mais completas. Em Bela Vista do Toldo foram citadas consultas de enfermagem, organização e administração UBS, triagem, visitas domiciliares, preventivos colo e mama, eletrocardiogramas, controle de peso das crianças, glicemia capilar, injeção, inalação, coleta de exames laboratoriais e reuniões extra município. Em Major Vieira foram citados: acolhimento, realização de procedimentos de enfermagem, consultas de enfermagem, visita domiciliar, pedido de materiais, fechamento de mapas e condensados da ESF para digitação no SIAB, digitações SIAB e todos os outros programas do Ministério da Saúde, coordenação unidade (escalas, projetos), palestras educativas na comunidade, reuniões com os grupos, atendimento na sala de vacina, e supervisão dos ACS. Em Três Barras foram citadas: visita domiciliar, atendimentos no geral, palestras para a população, distribuição de medicamentos, curativos, retirada de pontos, controle de vacinas, campanhas de vacina, orientação e supervisão do ACS, e glicemias capilares. Em Irineópolis nenhum enfermeiro participou da pesquisa.

Para Santos *et al* (2000), o enfermeiro é um profissional que precisa assumir múltiplos papéis, porém, tem explicitada atribuições em dois campos essenciais: na unidade de saúde prestando cuidados e na comunidade promovendo educação.

No território pesquisado, segundo a pesquisa os enfermeiros não desenvolvem treinamentos e capacitações para o ACS, educação em saúde, planejamento de atividades e supervisão técnica da equipe de enfermagem.

Destaca-se que não houve participação de enfermeiro no município de Irineópolis.

Tabela 25 – Procedimentos realizados pelo enfermeiro na ESF

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS¹⁷	Bela Vista do Toldo	Major Vieira	Três Barras
Consulta de enfermagem	3	2	1
Coleta para exame de papanicolau	3	-	3
Notificações de doenças compulsórias	3	2	5
Investigação de óbitos	3	1	-
Exame de mama	3	-	4
Cateterismo vesical	3	1	5
Controle de peso de crianças	3	1	5
Consulta de enfermagem de pré natal;	3	1	-
Glicemia capilar;	3	2	5
Tratamento para hanseníase;	-	1	2
Tratamento para tuberculose;	-	1	2
Tratamento das DSTs;	1	2	2
Visitas domiciliares;	2	1	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Nesta temática é inevitável abordar a resolutividade e a integralidade. O que está em questão neste estudo enquanto elucidar o papel da ESF na reestruturação da APS são dados muito mais qualitativos do que quantitativos. Neste sentido, as atividades desenvolvidas pelos profissionais da ESF devem assegurar a resolutividade, integralidade e continuidade da atenção à população. No entanto, observa-se que em todas as categorias profissionais, nos municípios pesquisados, os procedimentos ainda são limitados, não garantindo a resolução dos problemas das famílias, evidenciando a descontinuidade da atenção prestada, seja por falta de estrutura física, falta de investimentos ou descomprometimento dos profissionais. É fato, que a ESF possibilitou o acesso a mais procedimentos em relação ao que era realizado na APS, mas, o trabalho ainda está direcionado ao atendimento à demanda espontânea de forma passiva e curativista.

¹⁷ O cateterismo vesical é prescrito pelo médico e realizado pelo enfermeiro e trata-se da introdução de uma sonda até a bexiga para retirar urina, para fins diagnósticos e terapêuticos.

É importante destacar que por mais que existam complexidades além da capacidade de resolução nos serviços de saúde, todos os procedimentos descritos nas tabelas 23, 24 e 25, são procedimentos básicos e devem ser realizados pelos médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas da ESF. Evidencia-se com os dados, que a ESF no território estudado, não está oferecendo a cobertura necessária aos problemas de saúde da população, reafirmando que é necessário rever as práticas dos profissionais diante da proposta de atuação da ESF.

Para a melhoria da atenção a saúde, é necessário enfrentar e superar este desafio, para que a ESF possa ser uma estratégia que reorienta as práticas atuais de saúde. Este é um processo em construção e, além da formação profissional, que precisa ser reavaliada, questões como fiscalização do atendimento dispensado pelos profissionais à população, pelo Ministério da Saúde, e, exigência por parte dos gestores locais e população, para que os procedimentos sejam realizados, devem ocorrer freqüentemente.

Costa Neto (2000 a) descreve que entre as atividades que o ACS deve exercer, está o mapeamento da sua área de abrangência pelo cadastro das famílias, identificação de indivíduos e famílias em situação de risco, orientação adequada sobre a utilização dos serviços de saúde, acompanhamento mensal de todas as pessoas de sua área, bem como, ações de educação e vigilância a saúde, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças. A PNAB (Brasil, 2006 e), completa que o ACS deve estar em contato permanente com a população desenvolvendo ações educativas, de acordo com o planejamento e orientações da equipe da ESF.

O questionamento realizado ao ACS quanto às atividades realizadas durante a visita domiciliar, diferenciou-se das demais categorias por não apresentar opções de escolha por serem respostas descritivas. Desta forma, todas as atividades citadas foram inseridas na tabela 26 e demonstram que nos municípios pesquisados, o ACS não está cumprindo o que é determinado pelas diretrizes da estratégia, em sua plenitude. Participaram da pesquisa 89 ACS e o número máximo de respostas por procedimento foi de 42, expressando que mais da metade dos ACS não está realizando os procedimentos que deveriam ser realizados durante a VD.

Por ser um disseminador de informações e orientações referentes à saúde, o ACS tem papel fundamental no contexto da ESF no que se refere à prevenção de doenças.

Tabela 26 – Atividades desenvolvidas pelo ACS durante a visita domiciliar
(continua)

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	BELA VISTA	DO TOLDO	IRINEÓPOLIS	MAJOR VIEIRA	TRÊS BARRAS	TOTAL
Realizam cadastros necessários (famílias novas, gestantes, crianças, HA e DIA)	-	-	2	3	5	
Questionam sobre a saúde da família e doenças que ocorreram durante o mês	8	4	8	4	24	
Conversam sobre saúde e orientam sobre doenças em geral	-	8	6	10	24	
Realizam orientações sobre a saúde das crianças (alimentação, crescimento e desenvolvimento)	-	3	21	6	30	
Verificam carteira de vacinação da criança	4	12	9	14	39	
Conferem se as crianças estão na escola	-	-	-	3	3	
Verificam carteira de gestante (vacinação e consultas de pré - natal)	1	7	6	8	22	
Realizam orientações sobre cuidados na gestação (alimentação, peso, consultas mensais, vacinação)	2	2	1	1	6	
Verificam carteira de hipertensos e diabéticos (consultas, pressão arterial, medicamentos)	4	10	7	5	26	
Entregam medicações controladas, para diabéticos, hipertensos e acamados)	2	-	-	4	6	
Realizam orientações à diabéticos e hipertensos (alimentação, uso de medicamentos, pressão arterial)	4	13	6	19	42	

Tabela 26 – Atividades desenvolvidas pelo ACS durante a visita domiciliar
(conclusão)

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	BELA VISTA	DO TOLDO	IRINEÓPOLIS	MAJOR VIEIRA	TRÊS BARRAS	TOTAL
Orientam sobre preventivo de mama, papanicolau e próstata	1	1		4	1	7
Orientam sobre DST e planejamento familiar	-	2		1	4	7
Orientam sobre saúde e higiene bucal	-			5		5
Orientam sobre higiene pessoal			3	3	2	8
Repassam avisos da secretaria de saúde e outras secretarias	1	5		1	-	7
Agendam consultas para as pessoas	-	3		-	1	4
Entregam exames	1	-		-	-	1
Realizam vistoria da dengue	-	1		-	-	1
Questionam ocorrências de casos de diarreia e notificam a ESF	-	-		4	-	4
Encaminham ao posto de saúde os casos de dúvidas	1	-		1	2	4
Avaliam ambiente/casa	-	-		1	-	1
Escutam as pessoas			2		3	5
Somente respondem aos questionamentos			1	1	2	4
Não descreveram	1				2	3

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Para Costa e Carbone (2004), uma das principais atribuições do ACS é promover educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida, desenvolvendo ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Em item posterior, que trata de educação permanente e capacitações, evidencia-se que o ACS vem recebendo treinamentos e sendo preparado para orientar as famílias de sua responsabilidade, no entanto, de acordo com as respostas, não está aplicando esse conhecimento.

Salienta-se que as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde não estão sendo realizadas em sua totalidade pelo ACS. Por sua vez, denota que as

necessidades básicas em saúde da população que dependem da atuação do ACS não estão sendo sanadas com o trabalho da ESF. O ACS é profissional fundamental na ESF, pois deve incorporar a dimensão social à dimensão técnica assistencial. Todas as ações desenvolvidas por ele são importantes para a soma e consolidação do trabalho realizado pela equipe de saúde da família. A falha de atuação do ACS no território estudado pode estar pautada nos arranjos políticos partidários, que permitem a contratação de pessoas sem perfil para desenvolver o trabalho e na falta de organização de gestores de saúde e coordenadores das ESF que omitem os problemas existentes, ou para proteger o profissional, ou por descaso com a ESF.

Existe ainda, o problema relacionado ao cumprimento de horário. A maioria dos ACS dos municípios estudados reside na zona rural, o que impossibilita o controle da carga horária por meio de ponto eletrônico. Como a produção mensal é mensurada de forma quantitativa, as visitas são realizadas rapidamente e de forma incorreta, não refletindo em melhoras na qualidade de vida da população.

É necessário que o ACS assuma novo perfil de atuação e que os gestores adotem formas mais abrangentes e organizadas de exigir o cumprimento dos afazeres do ACS de forma a assegurar que os conhecimentos e habilidades específicas de suas funções sejam desempenhadas de forma efetiva.

Além das atividades descritas anteriormente, as equipes ESF devem realizar visitas domiciliares, programadas ou solicitadas para acompanhar a situação de saúde da família e seus membros. Essas visitas são essenciais para integrar as equipes às famílias e garantir permanente proteção a saúde de seus membros. Devem ser agendadas em casos de pessoas acamados ou doentes crônicos críticos ou realizadas de acordo com a necessidade dos usuários. Geralmente o ACS é o profissional responsável por informar quando existe um usuário com problema crítico ou acamado na área de sua abrangência. Este levantamento deve ser realizado mensalmente ou sempre que necessário.

No gráfico 10 está expressa a forma de organização das visitas domiciliares no território estudado e demonstra que nos municípios estudados esta atividade não está bem definida. Esta pergunta foi direcionada a ACS, enfermeiros e médicos, pois os cirurgiões dentistas costumam prestar

atendimento na USF e raramente acompanham as visitas domiciliares para tratamento clínico.

As respostas foram diversificadas, o que aponta para a falta de organização nos municípios ou desconhecimento pela equipe da ESF sobre a forma de organização e controle para a realização das visitas domiciliares.

Para Nascimento (2000, p.171), prestar assistência no domicílio coloca os profissionais da ESF no contexto real onde o processo de desequilíbrio de saúde se instala, portanto, é importante para a realização do diagnóstico e determinação do tratamento.

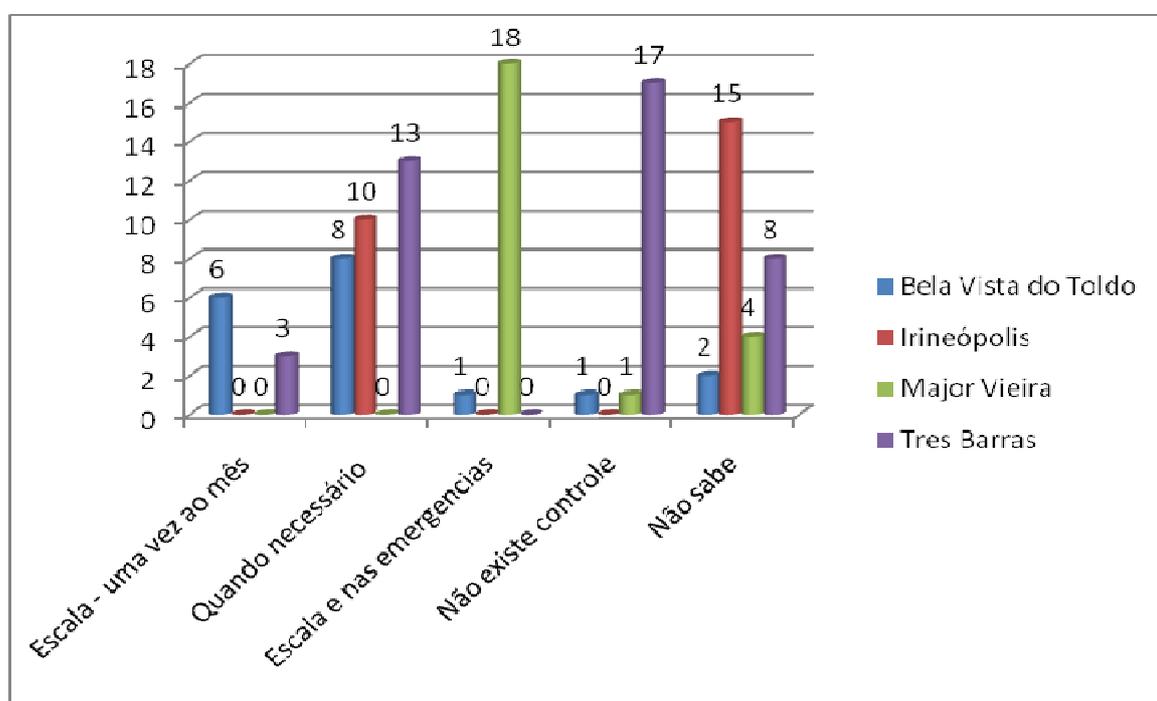


Gráfico 10 – Organização da visita domiciliar para tratamento clínico

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

No contexto da família, os profissionais podem ainda, avaliar o grau de disponibilidade e de segurança em realizar o tratamento necessário na própria residência. Sabe-se que manter o usuário no seu ambiente familiar, assegurando seus hábitos e seus costumes de forma orientada, traz benefícios e diminui os custos do tratamento, além de ser mais confortável e fácil para a família. Assim, uma das propostas da ESF é o internamento domiciliar, que visa humanizar a assistência, evitar hospitalização desnecessária e estimular a autonomia do

usuário e família, tratando-se de ferramenta importante, desde que observadas as questões habitacionais, sociais e culturais da família.

De acordo com o gráfico 11, nos municípios de Bela vista do Toldo, Irineópolis e Major Vieira, não são realizados internamentos domiciliares pela ESF. A discordância entre as respostas em um mesmo município pode estar relacionada a falta de trabalho em equipe, quando os profissionais realizam ações individuais e não repassam às equipes o atendimento prestado, ou ainda, falta de conhecimento sobre o que é internamento domiciliar, principalmente por parte dos ACS. Observa-se, que apesar de ser uma estratégia importante para humanizar a assistência pela ESF, ela não é colocada em prática pelas equipes de ESF dos municípios estudados.

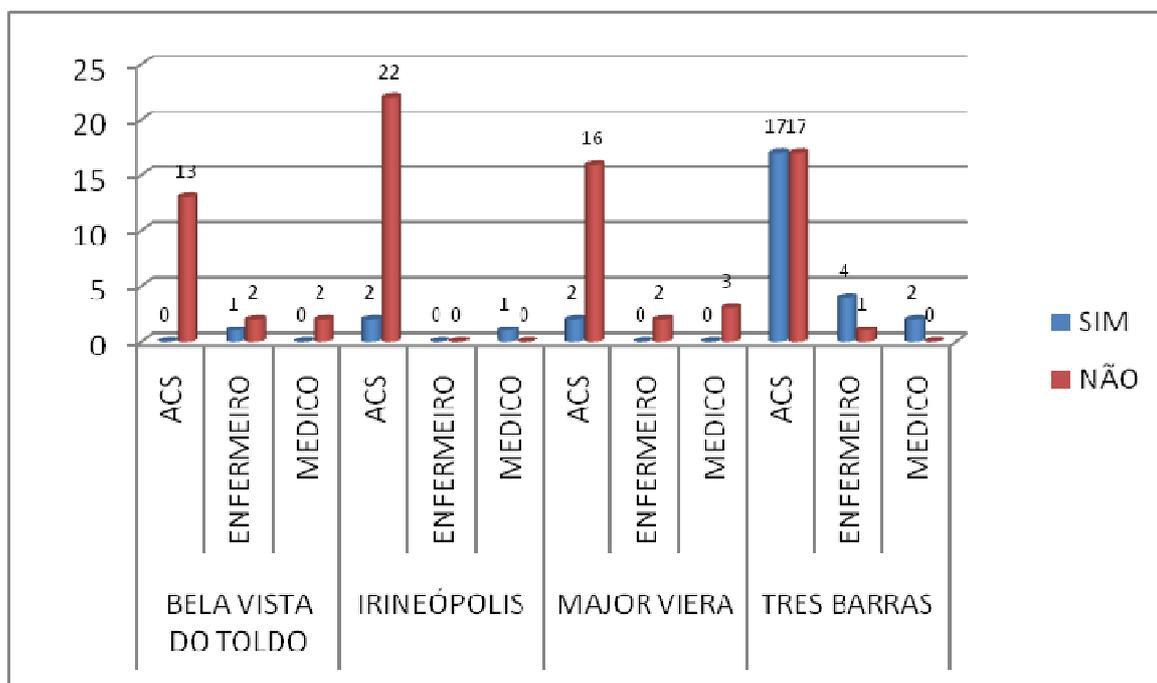


Gráfico 11 – Existência de internamento domiciliar na ESF, por município e categoria profissional

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Outra maneira de inserir a equipe de ESF no contexto da população assistida é a participação da comunidade em grupos. Levando-se em consideração que o objetivo da ESF é a melhoria da saúde da população, o processo educativo e a atenção ao grupo familiar são norteadores deste processo, a educação em saúde e a formação de grupos são imprescindíveis para melhorar a efetividade das ações na ESF, para superar o modelo

assistencial passivo. Assim, as equipes da ESF devem estimular e participar de reuniões com grupos específicos para discutir os problemas prioritários da população e as possíveis formas de solucioná-los. Trata-se de ensinar a promoção, recuperação e manutenção da saúde na família, a fim de promover saúde para cada um de seus membros com a participação do sujeito enquanto ser individual e integrante de uma família.

Nascimento (2000) afirma que uma assistência baseada na educação das pessoas, no sentido de buscar meios para a manutenção de sua saúde, resgata a responsabilidade da pessoa doente no seu auto-cuidado e leva a família a participar deste contexto.

Quando pesquisado os tipos de grupo e locais dos encontros (gráfico 12), em Bela Vista do Toldo um cirurgião dentista não sabia relatar se existem grupos, outro disse que sabe que existem encontros mensalmente no pavilhão da igreja central, porém, não sabe que tipo de grupos; um enfermeiro mencionou que existem encontros mensais para idosos, hipertensos e diabéticos no pavilhão da igreja central, um médico não sabe e 09 ACS relataram ter encontros para hipertensos uma vez ao mês; 06 indicaram encontros com diabéticos e 05, descrevem que há encontros com gestantes mensalmente, todos no pavilhão da igreja central. Os demais profissionais de Bela Vista do Toldo não responderam esta questão, ou por falta de conhecimento ou por falta de comprometimento com a pesquisa.

Em Irineópolis, o cirurgião dentista e o médico entrevistado não sabiam indicar a existência de grupos e, 06 ACS citaram os grupo de idosos e grupo de saúde mental, porém, todos desconheciam a periodicidade e o local dos encontros.

No município de Major Vieira os 02 cirurgiões dentistas não sabem se existem grupos para atividades educativas com a população, 16 ACS, 02 enfermeiros e um médico mencionaram que existem grupos mensalmente para hipertensos, diabéticos e gestantes e que os encontros são realizados na casa do idoso no centro de Major Vieira ou no posto de saúde central e, 02 ACS não sabiam responder.

Em Três Barras, 02 ACS, um cirurgião dentista e um enfermeiro desconhecem as atividades em grupo; 30 ACS, 04 enfermeiros e um médico

indicaram os encontros com diabéticos, hipertensos e gestantes mensalmente no posto de saúde da comunidade. Um médico e 02 ACS não sabiam responder a questão.

Na proposta da ESF é explícita a indicação para a realização de grupos, no entanto, há que se levar em consideração que é necessário esforço mútuo para a sua concretização. É necessário que os profissionais organizem e desenvolvam este tipo de atividade. Por outro lado, é necessária a adesão e interesse da população em participar. Neste sentido, emergem os aspectos culturais dos dois grupos. O cuidado curativo ainda está enraizado nas atividades. Transpor para o cenário preventivo no qual a educação é uma prática capaz de transformar o pensamento e o cuidar de si da comunidade ainda é difícil. No cotidiano a adesão à participação de grupos ainda é limitada. Mesmo com esforço constante das equipes da ESF, a captação de usuários para participação neste tipo de atividade ainda é induzida por oferta de brindes ou por atividades como bingos, festas ou lanches para que a população compareça nos encontros.

Por outro lado, a equipe da ESF precisa de estrutura para realizar este tipo de atividade; materiais educativos, local para os encontros e transporte. São exemplos de itens necessários para o desempenho do trabalho em questão. Além disso, a realização de atividades com grupos precisa ser desenvolvida na comunidade na qual o grupo pertence e não centralizada como ocorre nos municípios pesquisados. É necessário incorporar estas ações a rotina da equipe, realizando este tipo de atividade no cotidiano destas famílias e modificar o papel de cada ator envolvido, para se construir em conjunto, práticas de auto-cuidado. Embora na prática se tenha dificuldade em realizar encontros com os grupos, deve-se programar atividades nas quais todos participem, exponham suas experiências e envolvam-se no encontro. Devem ser valorizados os recursos de cada integrante, como suas crenças, valores e maneiras de se cuidar.

De acordo com Costa Neto (2000 a), o trabalho educativo é importante componente da atenção à saúde, é um pressuposto para a troca de experiência, o qual deve ser pautado no respeito às vivências e na cultura dos envolvidos. Todavia, apesar de possuir um potencial revolucionário por ser capaz de traduzir-se em resultados incomensuráveis, ainda é pouco valorizado se comparado com o trabalho clínico.

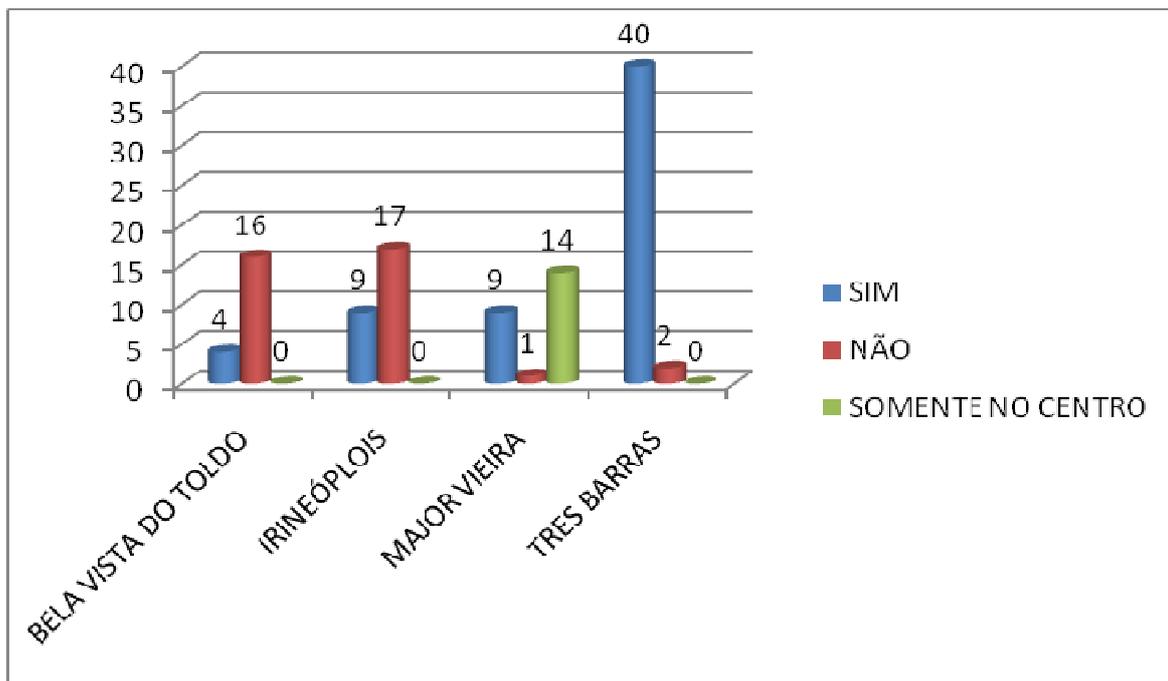


Gráfico 12 – Existência de acompanhamento de grupos na ESF

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Em todas as atividades já mencionadas, os profissionais das ESF devem atuar de forma integrada com outros setores para estimular as políticas setoriais, buscando a sinergia com os profissionais da educação, assistência social, habitação e saneamento, visando a resolutividade dos problemas da população.

A maior parte dos problemas encontrados e vivenciados pela equipe da ESF, está relacionado a problemas sociais e educacionais, tornando a equipe de saúde dependente de outros setores para minimizar ou resolver os problemas existentes.

O ACS deve identificar pessoas e famílias expostas a situações de risco. Durante as VD dos ACS, é constante a descoberta de problemas sociais, sejam eles de ordem financeira, cultural ou social, com necessidade de repassar os problemas encontrados para que haja a interferência de outros setores para minimizar, atenuar ou solucionar as questões encontradas.

No gráfico 13, evidencia-se que em Bela Vista do Toldo, Irineópolis e em Três Barras a comunicação na ESF ocorre de maneira informal. Em Major Vieira, a comunicação se dá por meio de relatórios.

A comunicação é uma ferramenta imprescindível na ESF, podendo ocorrer de maneira formal ou informal. A comunicação informal na ESF é aquela em que os problemas são repassados verbalmente às equipes sempre que necessário. Elas precisam ser organizadas, pois corre-se o risco de não atingir o objetivo ou o sucesso desejado no processo, por serem passíveis de esquecimento por quem escuta ou falta de esclarecimento sobre o caso no qual há necessidade de agir. Por outro lado, a comunicação formal, citada pelos ACS no município de Major Vieira, ocorre por meio de relatórios. Isto é, é planejada e oficializada por meio de documento, facilitando a organização de estratégias e diminuindo os riscos de interferências no processo. A comunicação, seja formal ou informal, é importante para que seja dada continuidade no processo de cuidado as famílias pela ESF devendo ser organizada e implementada por todas as equipes.

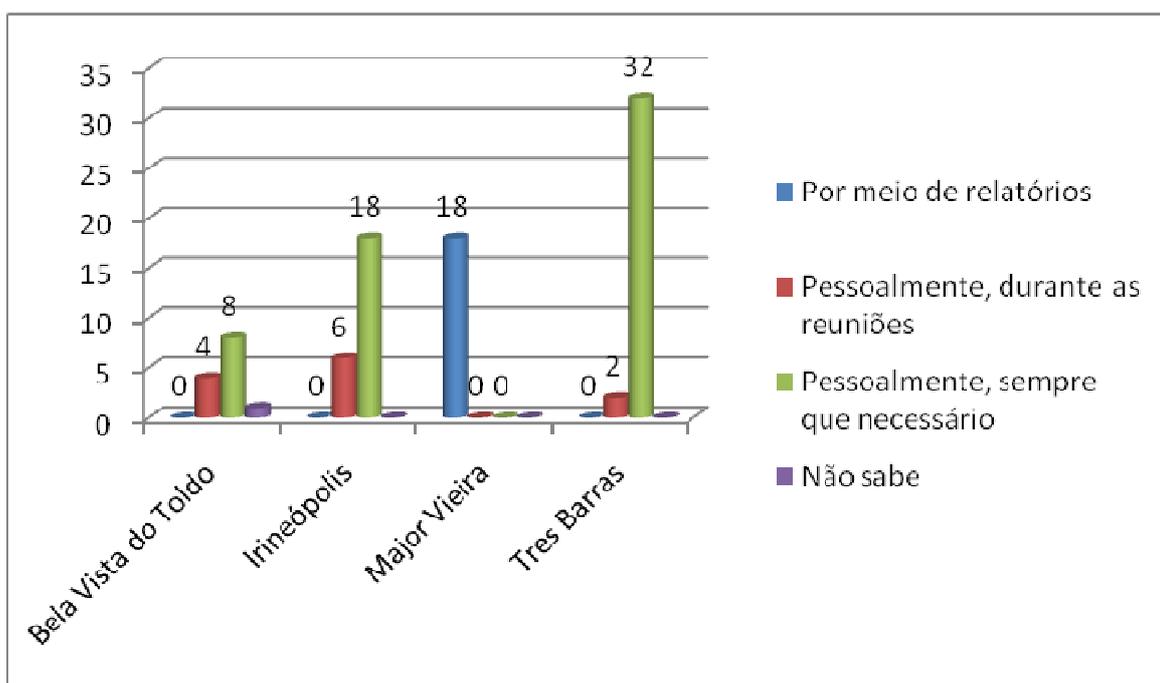


Gráfico 13 – Comunicação na ESF

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Com o intuito de solucionar os problemas encontrados, observa-se que no território estudado a orientação e educação domiciliar são os meios utilizados com maior frequência em todos os municípios, de acordo com as 58 respostas.

Entre os objetivos do modelo de saúde da família está o de proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações

intersectoriais. (COSTA E CARBONE, 2004). Para que haja resolutividade pela ESF, os problemas encontrados devem ser discutidos em conjunto com outras secretarias municipais, ou setores afins voltados para a promoção da saúde e os planos e estratégias de enfrentamento devem ser traçados em conjunto. Destaca-se um exemplo cotidiano: não basta o nutricionista orientar o tipo de alimentação para uma criança com baixo peso e nem o médico ou enfermeiro realizar aferições de peso, ou ocorrer orientações acerca do crescimento e desenvolvimento da criança, se a família não tiver condições financeiras para adquirir a alimentação, e, portanto, condições de viabilizar o que foi prescrito. Nesse exemplo, o nutricionista e os profissionais de saúde tornam-se impotentes perante o problema. Assim as estratégias como participação em grupos de hortas, grupos de trabalhos manuais, poderiam ser realizadas em conjunto com a Secretarias da Agricultura e Secretarias de Assistência Social, despertando nesta família não somente a responsabilidade pelo auto-cuidado, mas elevação da auto-estima, por participar e contribuir para a solução do seu problema.

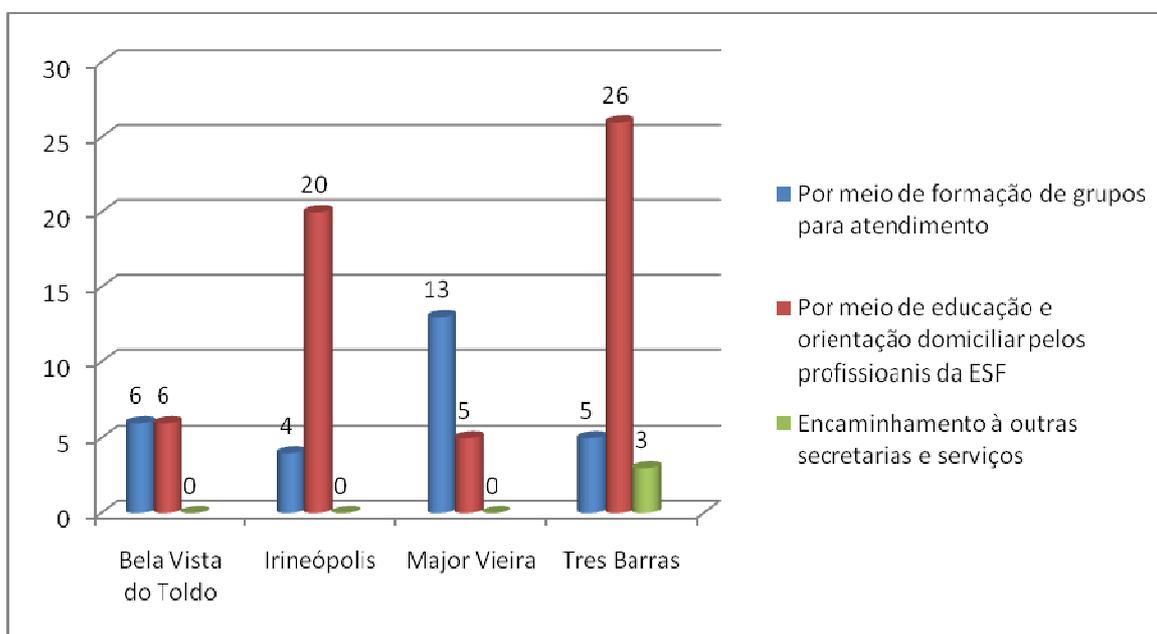


Gráfico 14 – Formas de resolução dos problemas na ESF

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

4.2.3 Capacitação e Educação Permanente

É indispensável que a equipe de saúde da família passe por um processo de capacitação e educação continuada para que possa habilitar-se a atender as necessidades da população. A educação permanente possibilita o aperfeiçoamento profissional. A capacitação é um importante mecanismo de desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população. (BRASIL, 1997).

Um dos obstáculos para a viabilização da ESF tem sido o perfil do profissional de saúde, cuja formação é predominantemente baseada no modelo biomédico, não atendendo as diretrizes do programa. Então a educação permanente, é primordial para a transformação ou estruturação dos serviços e do padrão de assistência a saúde oferecida à população. Essa educação deve iniciar-se no treinamento introdutório. Esse treinamento deve prever a integração das equipes e o entendimento do objeto de trabalho dos profissionais. (BRASIL, 1997). O treinamento introdutório não deve abordar todas as dimensões do processo de trabalho da ESF. No entanto, é uma sistematização de carências que a equipe enfrentará. No contexto atual, se apresenta como uma etapa essencial para inserir os profissionais na dinâmica de trabalho. Ressalta-se que um dos critérios para implantação da ESF nos municípios, é que o curso introdutório seja realizado em até três meses após o início do trabalho nas equipes. Nos municípios pesquisados, a responsabilidade para realização do curso é da Secretaria Municipal de Saúde, que por sua vez, poderá fazer parceria com as Secretarias de Estado.

No território estudado, conforme o gráfico 15, 29 profissionais, realizaram o curso introdutório para a ESF. Destaca-se que o número superior de ACS no gráfico está relacionado ao maior número destes profissionais nas ESF. Com exceção de um enfermeiro em Major Vieira, os demais profissionais que realizaram o curso são do município de Três Barras. Desta forma, 84 profissionais estão atuando sem realização de treinamento introdutório na região, comprometendo a atuação desses profissionais na ESF e a quantidade nos serviços prestados.

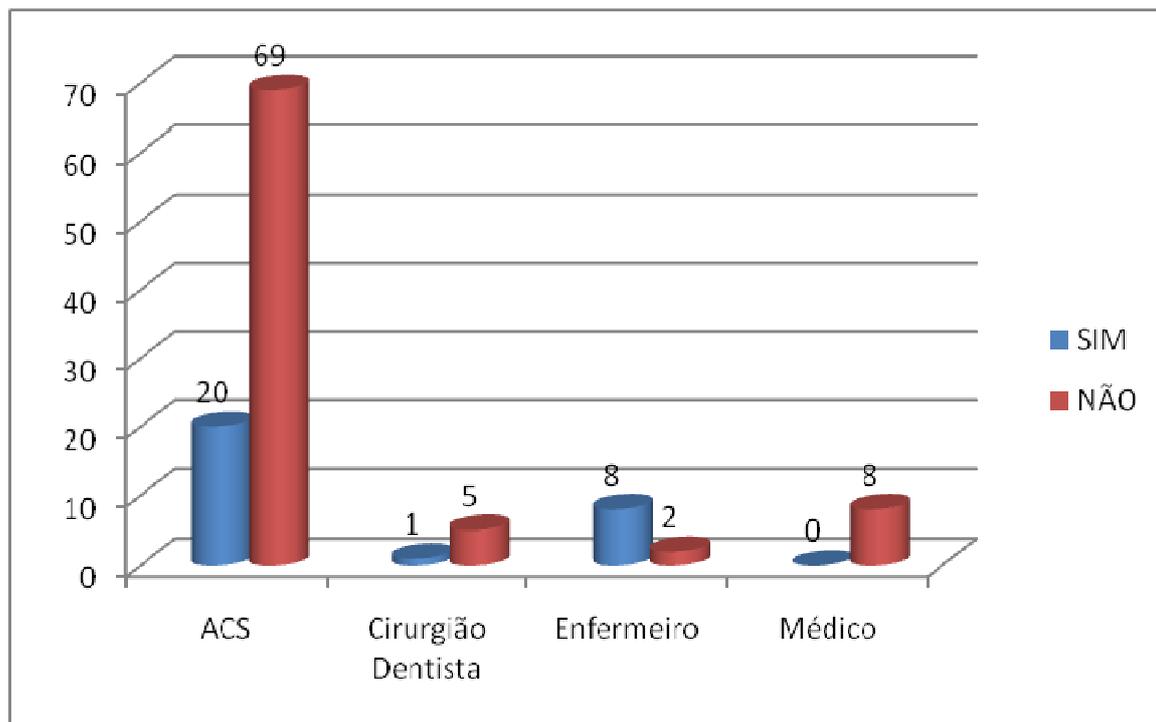


Gráfico 15 – Pesquisados que realizaram o curso introdutório da ESF, por categoria profissional

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Costa Neto (2000 a) diz que o processo de educação permanente deve ser realizado, preferencialmente, em serviço, de forma contínua e eficaz, possibilitando confrontar diferenças, complementaridades e experiências entre equipe e comunidade, de modo a atender efetivamente as necessidades e responder, de forma dinâmica, aos problemas de saúde da população.

Nos municípios estudados os enfermeiros de Major Vieira e Três Barras informaram participar de cursos, principalmente os realizados pela Secretaria do Estado e Gerência de Saúde, porém, não foi mencionado por eles, outros treinamentos ou capacitações no local de trabalho ou específicos, que abordassem as funções exercidas na ESF, por exemplo. Entre os cursos citados estavam aqueles sobre as doenças sexualmente transmissíveis, tabagismo e redes de atenção a saúde.

Os ACS foram os profissionais que participaram de educação permanente com maior frequência. Em Bela Vista do Toldo os ACS citaram treinamentos sobre vacina, preventivo do colo do útero, visita domiciliar, doenças sexualmente transmissíveis, ética, amamentação, higiene e hipertensão; e, em Irineópolis, treinamento sobre dengue e violência intra-familiar. Em Major Vieira, foram

citados treinamentos sobre hipertensão, diabetes, saúde bucal, tuberculose e hanseníase, gestão do SUS, cuidados com crianças, vacinação, auto-estima, amamentação, planejamento familiar, trabalho do ACS e gripe H1N1. Em Três Barras, esses profissionais foram treinados sobre gravidez na adolescência, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar, hepatite, motivação, dengue, assistência ao idoso, vacinação e amamentação. Irineópolis foi o município em que menos os ACS receberam capacitação.

A equipe de saúde da família deve desenvolver ações com pessoas de todas as idades, por isso a educação permanente deve abranger de forma geral, conteúdos que tratem da saúde da criança, adolescente, adulto e idoso e, especificamente, problemas mais comumente encontrados na prática diária como hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, saúde mental, aspectos ligados a saúde integral da mulher, situações de urgência clínica e cirúrgica e, demais agravos ligados ao adulto e idoso. (COSTA NETO, 2000 b). A educação permanente irá se refletir na qualidade da atenção oferecida à população, possibilitando melhores condições de saúde e de qualidade de vida das famílias atendidas.

Neste sentido, não se pode conceber a organização das práticas de atenção básica em saúde sem que se invista em um processo permanente de capacitação dos recursos humanos, conforme preconiza a política de educação permanente e as diretrizes da ESF.

4.2.4 Infra-Estrutura e Recursos Necessários na USF

De acordo com a PNAB (Brasil, 2006 e), para a implantação da ESF é necessário a existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES), localizada na área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família, equipada e com manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

Para o Ministério da Saúde, em sua publicação Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial (Brasil, 1997), a USF representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde no município. Deve garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das UBS, dotando-os de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas.

De acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades de Saúde (Brasil, 2006 b) os principais equipamentos para a manutenção de uma equipe saúde da família são: uma caixa térmica, um cilindro de oxigênio, três esfigmomanômetros adulto, um esfigmomanômetro infantil, três estetoscópios, uma balança antropométrica adulto, uma balança infantil, uma régua antropométrica, uma central de nebulização com cinco saídas, um nebulizador móvel, dois glicosímetros, um suporte para soro, uma cadeira de rodas, três biombos duplos, duas lanternas clínicas, um estetoscópio de pinar, um oftalmoscópio, um otoscópio e dois negatoscópios.

Em relação a disponibilidade de equipamentos e materiais, observa-se segundo a Tabela 28, que todos os municípios pesquisados dispõem dos equipamentos básicos para trabalhar, com exceção de Irineópolis, que não dispõe de instrumentais e utensílios tais como termômetro, nebulizadores e instrumentais para sutura.

A disponibilidade destes equipamentos confere suporte ao atendimento, possibilitando assegurar desde a realização de ações de saúde coletiva tradicionais, até ações de urgência e emergência, que qualificam o atendimento da atenção básica e tem enorme impacto sobre o sistema local de saúde. (BRASIL, 2004).

A disponibilidade de materiais e equipamentos na USF é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde. É um determinante para a realização de procedimentos básicos na atenção primária a saúde. A falta de acesso destes pode levar ao agravamento do quadro de enfermidades e aumentar os gastos com a atenção secundária e terciária.

Tabela 27 – Disponibilidade de materiais e equipamentos médicos e de enfermagem na USF

Material e Equipamento	Bela Vista do Toldo	Irineópolis	Major Vieira	Três Barras
Esfigmomanômetro	SIM	SIM	SIM	SIM
Estetoscópio	SIM	SIM	SIM	SIM
Termômetro	SIM	-	SIM	SIM
Balança infantil	SIM	-	SIM	SIM
Balança adulto	SIM	-	SIM	SIM
Lanterna clínica	SIM	-	SIM	SIM
Equipamento ginecológico	-	-	-	SIM
Consultório Médico/Enfermagem	SIM	SIM	SIM	SIM
Nebulizadores	SIM	-	SIM	SIM
Equipamento informática	SIM	-	-	SIM
Oftalmoscópio	-	SIM	-	-
Instrumental para sutura	SIM	-	SIM	SIM
Instrumental de retirada corpo estranho	SIM	SIM	SIM	SIM
Material de escritório (papel, caneta, lápis, cadernos)	-	-	-	SIM
Carro	SIM	SIM	SIM	SIM

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

De acordo com a tabela 28, a infra-estrutura de suporte para as ações de saúde bucal é adequada. No entanto, somente os profissionais de Major Vieira dispõe de Aparelho de Raio-x e somente em Bela Vista do Toldo os consultórios odontológicos têm aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato e negatoscópio.

Tabela 28 – Disponibilidade de materiais e equipamentos odontológicos nas USF

MATERIAL E EQUIPAMENTO	Bela Vista do Toldo	Irineópolis	Major Vieira	Três Barras
Raio-X	-	-	SIM	-
Autoclave	SIM	SIM	SIM	SIM
Fotopolimerizador	SIM	SIM	SIM	SIM
Instrumentais para exame clínico	SIM	SIM	SIM	SIM
Equipo odontológico com pontas	SIM	SIM	SIM	SIM
Consultório Odontológico	SIM	SIM	SIM	SIM
Amalgamador	SIM	SIM	SIM	SIM
Ap. de profilaxia com jato de bicarbonato	SIM	-	-	-
Negatoscópio	SIM	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Em relação aos equipamentos disponíveis para o ACS trabalhar, constatou-se, de acordo com o gráfico 16, que Bela Vista do Toldo é o município que menos disponibiliza materiais e equipamentos.

A disponibilidade de materiais e equipamentos é imprescindível para que o ACS realize o trabalho de coleta de dados. Além disso, são meios de motivar o profissional a desempenhar suas atribuições conforme a Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, que regulamenta essa profissão. No entanto, constatou-se pelos dados coletados, que o investimento do gestor municipal para incentivar ou oferecer condições de trabalho para o ACS é escasso, prejudicando o desenvolvimento do seu trabalho. Corroborando com a abordagem supracitada, há presença de uma ideologia na perspectiva de alguns profissionais de saúde e gestores, que o ACS se apresenta como mero ator coadjuvante na ESF, o que faz com que o trabalho se torne moroso e menos eficiente. No entanto, para garantir a transferência de recursos federais ao município, o profissional é mantido atuando, porém, em precárias condições de trabalho.

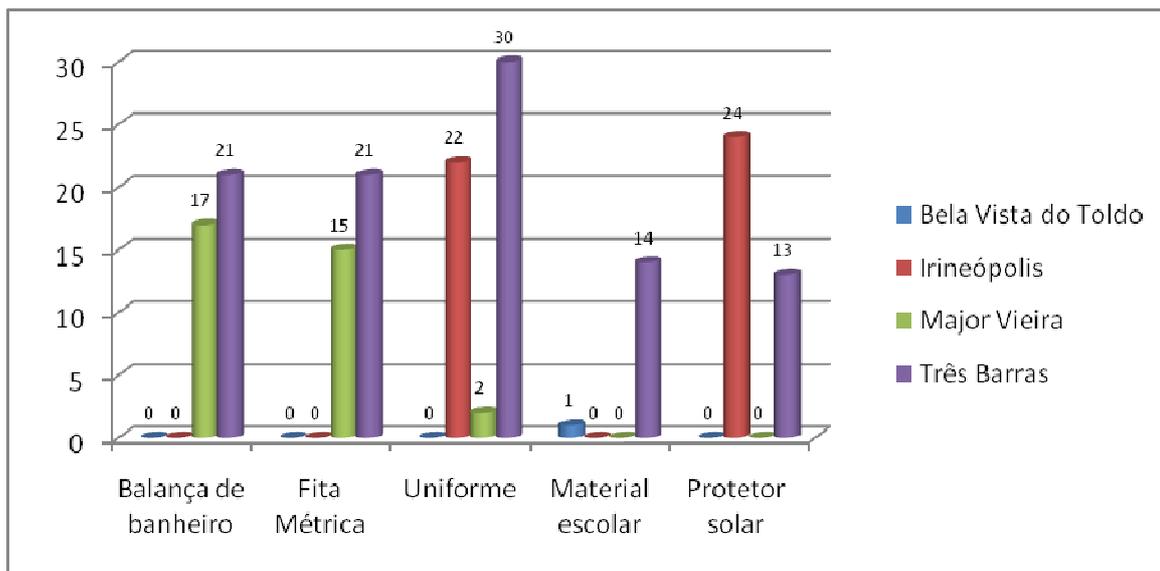


Gráfico 16 – Distribuição de material/equipamento para ACS

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Além do levantamento de equipamentos e materiais, foram selecionados para a pesquisa dois dos insumos básicos para o diagnóstico e tratamento das pessoas na USF. Com o intuito de pesquisar se os profissionais participam na seleção dos insumos, têm os insumos básicos necessários para trabalhar e os exames necessários, foram questionados os cirurgiões dentistas, enfermeiros e médicos.

O estudo não tinha a pretensão de descobrir quais medicamentos são distribuídos nas USB/USF. Restringiu-se a pesquisar se os medicamentos são suficientes e se a seleção destes é realizada em conjunto com a equipe para disponibilizar os medicamentos necessários aos tratamentos.

De acordo com o gráfico 17, no território estudado, 16 profissionais responderam não participarem da seleção dos medicamentos, enquanto 10 participam da seleção dos medicamentos. Em relação aos medicamentos necessários para realização dos tratamentos, 21 profissionais, responderam ter a medicação básica necessária e, 03 profissionais mencionaram não ter disponível a medicação básica necessária para dar continuidade ao tratamento estabelecido durante as consultas.

É essencial, que haja seleção e programas para a compra de medicamentos nas USF. Esta programação representa uma atividade que visa garantir a disponibilidade, tanto no que se refere a quantidade adequada, quanto

ao tipo de medicamento necessário para o perfil de morbi-mortalidade populacional (doenças mais freqüentes, número de doentes crônicos).

O Conselho Municipal de Saúde é responsável por avaliar e definir estratégias de políticas na área da saúde municipal, incluindo a assistência farmacêutica. Portanto, o abastecimento de medicamentos nas unidades de saúde e a disponibilização de exames, de acordo com a necessidade da população, devem ser discutidos entre os conselheiros, gestores e profissionais de saúde e garantidas à população.

A equipe de saúde, por sua vez, tem papel fundamental na seleção dos medicamentos. A definição dos problemas de saúde mais freqüentes, e o estabelecimento de prioridades para a compra, de acordo com as necessidades da população, devem ser precedidos de análise e definição pela equipe de saúde que presta os cuidados, visando garantir a implementação de ações capazes de promover melhoria nas condições de assistência a saúde.

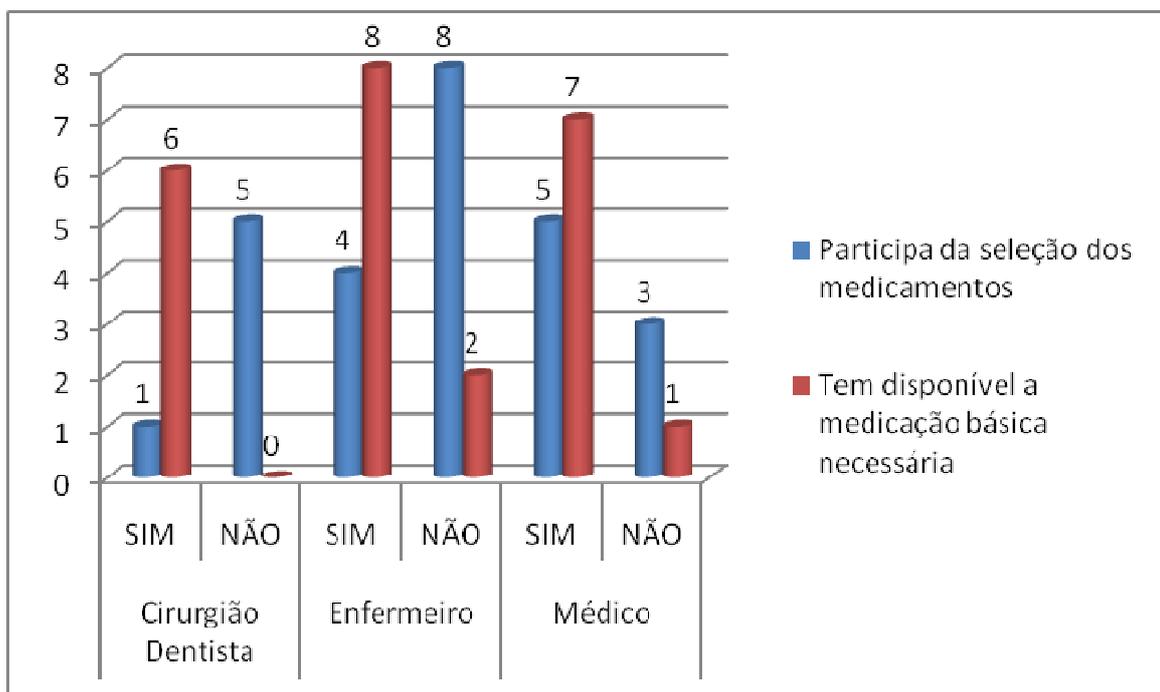


Gráfico 17 – Disponibilidade dos medicamentos e participação na seleção, por categoria profissional

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

O gráfico 18, expressa a disponibilidade de exames básicos nas USF. Com exceção de Bela Vista do Toldo, onde um médico respondeu não ter a sua disposição os exames básicos e ter limite mensal para requisitar os exames

disponíveis. Em todos os outros municípios, os profissionais médicos responderam que têm os exames básicos nas UBS/USF.

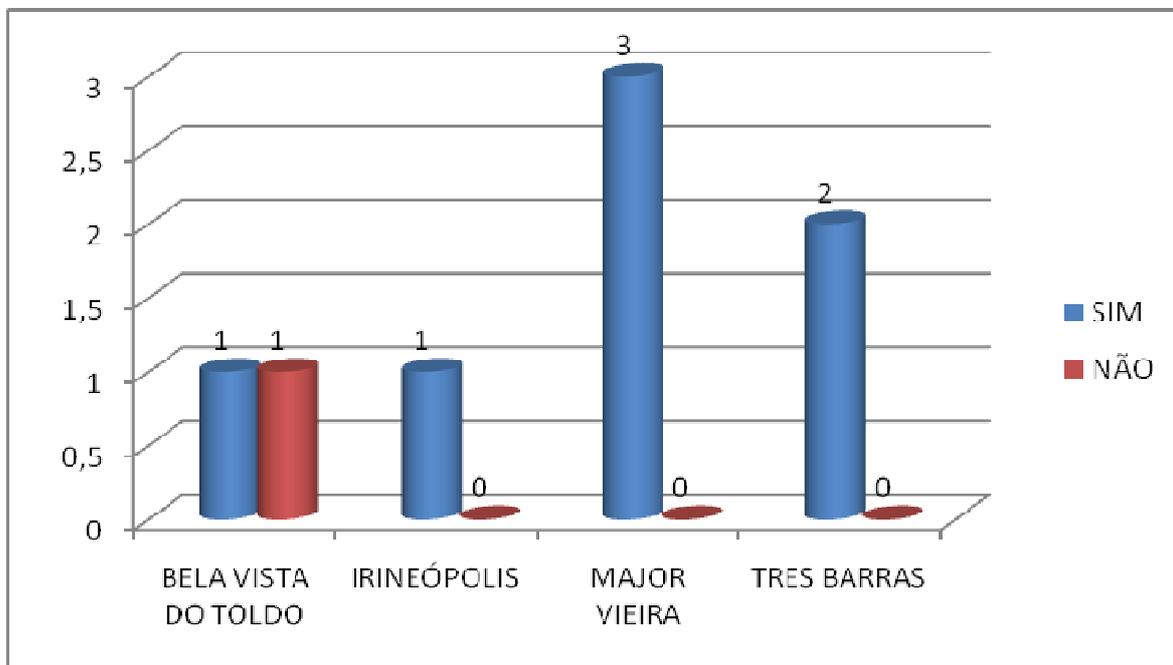


Gráfico 18 – Disponibilidade de exames básicos na USF

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Conforme expresso no gráfico 19, os exames de maior complexidade são limitados à população no território estudado. Apenas os médicos de Três Barras (02), responderam que têm os exames disponíveis sempre que necessário, enquanto os médicos dos municípios de Bela Vista do Toldo, Irineópolis e Major Vieira (06), expressam dificuldade de trabalho com a limitação de exames de maior complexidade.

Consta nas diretrizes da ESF que o médico, entre suas atribuições, deve solicitar exames complementares, quando necessário. Segundo Duncan *et al.* (2004, p. 138), em determinadas situações os exames laboratoriais podem trazer importante contribuição ao diagnóstico que em outras, podem se mostrar indispensáveis. Neste sentido, a limitação para solicitação de exames, como no caso das cotas em Bela Vista do Toldo, ou a dificuldade em disponibilizar exames de maior complexidade quando necessário, como no caso de Irineópolis e Major Vieira, podem interferir na qualidade do atendimento médico à população, restringindo o cuidado a ser prestado.

Um recurso utilizado com frequência nos municípios, é o encaminhamento dos exames para o CISAMURC. No entanto, como citado pelos pesquisados, os exames são limitados e os gestores municipais devem respeitar uma cota mensal para sua solicitação. Desta forma, parte dos usuários, precisa recorrer a assistência particular. Considerando-se que a maioria da população atendida no serviço público de saúde é de renda baixa, os tratamentos necessários são interrompidos por falta de recurso financeiro para a realização dos exames solicitados. Isso acarreta retrocesso e prejuízo à saúde, levando a outras complicações que a falta de tratamento provoca.

A limitação dos exames impede a realização de condutas diagnósticas, que evitam a detecção precoce de patologias, deixando os profissionais e população a espera, na expectativa morosa e frustrante da resolutividade do problema.

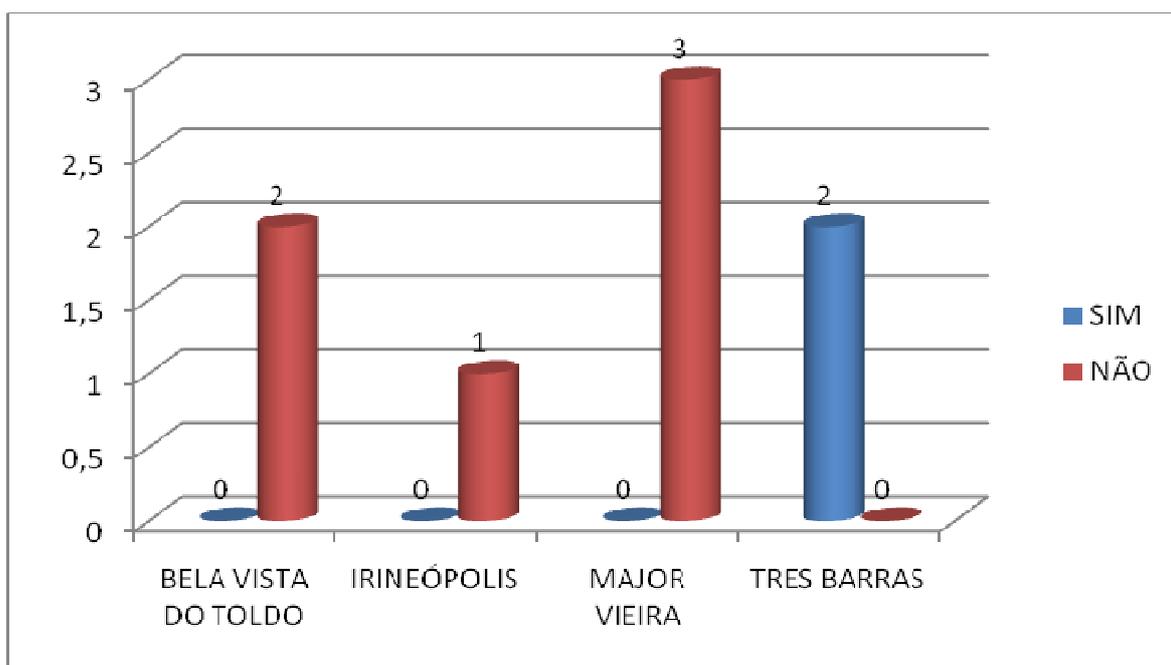


Gráfico 19 – Disponibilidade de exames de maior complexidade na USF

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

4.2.5 Serviço de Referência e Contra Referência

Em consonância com um dos princípios do SUS, a integralidade, deve ser garantida ao usuário desde o atendimento básico até o atendimento mais complexo, mesmo que para isso seja necessário encaminhá-lo para serviços de maior complexidade. Estes encaminhamentos são a extensão ou continuidade do cuidado necessário ao usuário, tratando-se de consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico, internações hospitalares e serviços mais complexos que não são encontrados no nível básico de saúde.

As equipes são responsáveis pelo encaminhamento dos usuários para consultas especializadas nos ambulatórios da rede do SUS. Devem orientar e agendar as consultas, registrar os procedimentos realizados, garantindo ainda, o atendimento de contra referência pela qual o tratamento terá continuidade.

No território estudado, os médicos entrevistados indicam dificuldades em encaminhar os usuários para o serviço de referência. A resposta é de que as referências são realizadas por meio de agendamento de tratamento fora domicílio (TFD) foi citada por 06 médicos, 02 responderam que encaminham os usuários pelo CISAMURC e 01 não sabe como funciona. Esta era uma questão aberta, portanto, as respostas não representam o total de médicos entrevistados.

Todos os médicos entrevistados (08) comentam que não existe serviço de contra referência e não há acompanhamento ou retorno de usuários que foram encaminhados a outros serviços ou municípios. Transcreve-se respostas para fundamentar o entendimento dessa questão que repercute no avanço da saúde:

“A referência é ruim, é por TFD, geralmente é em cidades distantes e é muito demorado”. (M 1)

“Eu faço o pedido que é encaminhado para a secretaria. Não sei de que forma e nem quando a pessoa será atendida e nunca tenho retorno”. (M 2)

“Agendamento de consultas e exames em outras cidades pela CISAMURC e não há serviço de contra referência”. (M 3)

“O encaminhamento é realizado por TFD e os pacientes não voltam para consultar”. (M 4)

“Agendamento por TFD, e não existe contra referência”. (médico 5, 6 e 7)

“Nunca sei se o paciente volta ao posto. O agendamento é por TFD e CISAMURC”. (M 8)

Entre os cirurgiões dentistas entrevistados, 05 encaminham os usuários para o Centro de Especialidades Odontológicas em Canoinhas e um não sabe como funcionam os encaminhamentos.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009 c, p. 239), os gestores, para garantir o acesso universal, devem realizar esforços visando ampliar a capacidade instalada dos serviços de saúde locais para atender aos usuários o mais próximo possível de suas residências.

Conforme os dados da pesquisa, os encaminhamentos médicos e dos cirurgiões dentistas são realizados com dificuldade nos municípios pesquisados. Observa-se que os usuários são encaminhados para os serviços de referência, porém, não é realizado o atendimento de contra referência. Os profissionais não acompanham se houve sucesso no encaminhamento, se o usuário melhorou, ou se o tratamento está em curso. Novamente, observa-se que os princípios do SUS e diretrizes da ESF como a universalidade, integralidade, equidade e descentralização não estão sendo cumpridos. O sistema de referência e contra referência é insuficiente e não está organizado nos municípios estudados. A população permanece recebendo assistência à saúde precária, e os direitos garantidos por Lei não são dispensados pelos gestores municipais.

4.2.6 Planejamento, Monitoramento e Avaliação

A ESF deve coordenar o cuidado da população sob sua responsabilidade, de forma multidisciplinar, garantindo o acompanhamento na unidade e no domicílio, atuando de forma contínua sobre os problemas da comunidade. As atividades devem ser planejadas em conjunto, no mínimo mensalmente, quando se faz o levantamento da realidade local, as trocas de experiências e ocorre a programação de atividades específicas para cada grupo homogêneo.

Uma das formas de averiguar a existência de programação das ações de saúde, pela equipe multiprofissional, é a realização de reuniões internas para

discussão, monitoramento e planejamento das ações que devem ser desenvolvidas pela equipe de saúde da família.

A partir das reuniões internas, assegura-se que o planejamento ocorra de fato evitando ações randômicas. Nos municípios pesquisados, a realização das reuniões entre a equipe foi citada por 30 profissionais e ocorre sem programação prévia, e 76 profissionais responderam que estas reuniões não são realizadas. Os demais (07) responderam que as reuniões são realizadas mensalmente ou semanalmente. Entenda-se por reunião com toda a equipe, aquelas reuniões quando há a participação de todos os integrantes da ESF, sem ausência de nenhum dos profissionais.

Nestas reuniões é fundamental a presença de todos os profissionais. No entanto, na prática assistencial, observa-se que as reuniões ocorrem com maior frequência com a presença de enfermeiros e ACS para preenchimento e recolhimento de fichas que devem ser registrados no SIAB. Os médicos e cirurgiões dentistas não são dispensados do atendimento clínico. É uma realidade na qual transparece a visão biomédica com foco no atendimento clínico da demanda de usuários, destoando da filosofia da ESF.

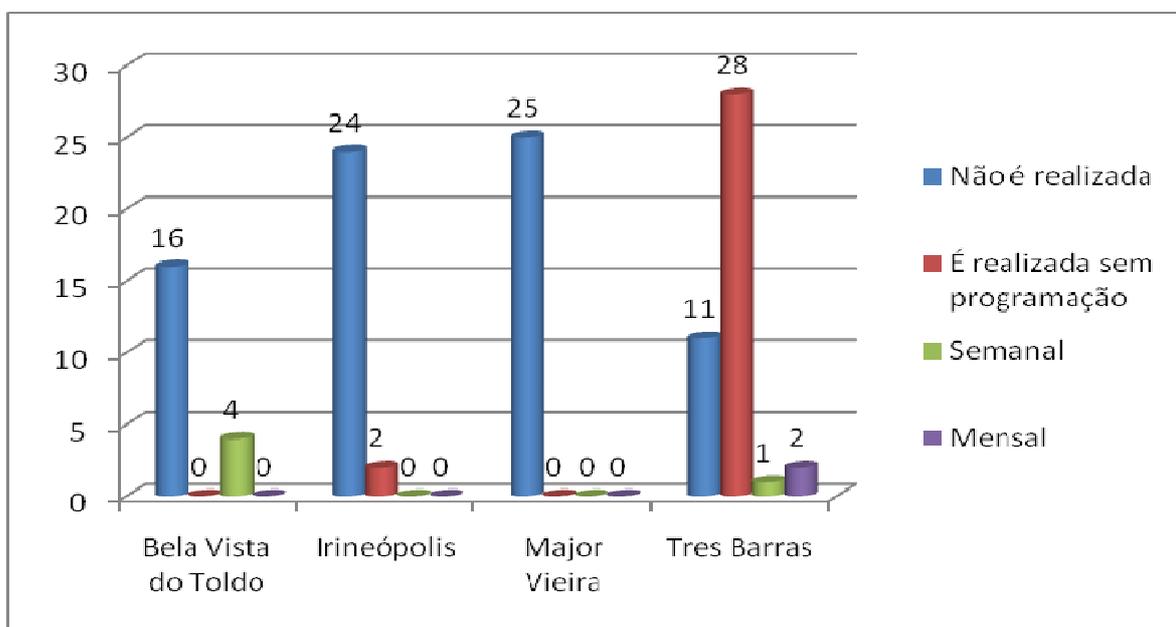


Gráfico 20 – Periodicidade das reuniões na ESF

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Apesar de os municípios pesquisados apresentarem extensão territorial no meio rural maior que o urbano, o que dificulta e consome mais tempo para o ACS se deslocar à USF para as reuniões com maior frequência, é imprescindível que as reuniões sejam realizadas no mínimo mensalmente, para diagnóstico situacional e planejamento das ações necessárias, decorrentes dos dados coletados no mês.

Nas diretrizes da ESF está explícito que no processo de trabalho da equipe saúde da família deve ser realizado o acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho.

Nesta perspectiva, pode-se dizer que para efetivação do planejamento situacional, que visa melhoria na saúde e bem-estar da população, faz-se necessária a periodicidade do encontro dos profissionais, para que se identifiquem e sistematizem as ações que devem ser realizadas.

Segundo a publicação *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*, (Brasil, 1997), para reorganizar as práticas da ESF é necessário planejar e organizar adequadamente as ações de saúde. É imprescindível acompanhar as famílias permanentemente, realizar o diagnóstico e conhecer as necessidades da população, podendo ser utilizados instrumentos, como a ficha de cadastramento da população e outras fontes de informação¹⁸. Uma maneira de avaliar os resultados da ESF é o SIAB. Este sistema permite, por meio de seus relatórios, avaliar as condições de saúde da população e da qualidade de vida dos usuários.

De acordo com Costa e Carbone (2004, p. 98), os resultados e atividades realizados pela equipe da ESF são avaliados periodicamente pelos dados do SIAB, que os agrega e processa as informações da população acompanhada, demonstrando as carências existentes e os grupos vulneráveis.

A equipe da ESF precisa conhecer o sistema de informações no qual constam os dados das famílias acompanhadas e são registrados os dados de produção da equipe, mensalmente. Analisando os municípios individualmente, observa-se, no gráfico 21, que em Bela Vista do Toldo, 15 profissionais, em Irineópolis, 02, em Major Vieira, 16, e, em Três Barras 12 profissionais, não

¹⁸ Dados da secretaria de saúde, secretaria de educação, IBGE e cartórios.

sabem o que é SIAB. No território estudado, portanto, 45 profissionais da ESF desconhecem o SIAB e 68 pesquisados responderam que sabem o que é SIAB.

Para coletar dados para esta questão, foi solicitado que os profissionais descrevessem o que é SIAB, para que ele serve ou como é utilizado na ESF. Destaca-se que entre os profissionais que sabem o que é SIAB, 41 pesquisados somente descreveram a sigla SIAB, sem especificações, 05 profissionais não descreveram nada e 22 entrevistados fizeram considerações. Para ilustrar a defasagem do conhecimento dos profissionais, transcreve-se parte das respostas:

“O SIAB é o banco de dados, onde são armazenadas as informações do PSF,”. (Entrevistados 1, 2, 3, 4 e 5)

“Sistema de informações onde são registrados todos os dados de produção e saúde do PSF. Dá para tirar relatórios de toda a situação de saúde da população e produção das equipes”. (Entrevistado 6)

“Sistema de informação onde são inseridos as atividades desenvolvidas e os dados colhidos no município”. (Entrevistados 7 e 8)

“O SIAB é o controle de famílias e pessoas cadastradas em cada micro área”. (Entrevistados 9, 10, 11, 12, 13 e 14)

“Onde são colocadas as informações da nossa produção”. (Entrevistados 15 e 16)

“Onde estão todos os dados do município, tipo o número de crianças, população, hipertensos. É através dele que todos os outros setores sabem sobre questões do município”. (Entrevistado 17)

“Faz o controle dos trabalhos do PSF”. (Entrevistados 18)

“É o sistema, programa do PSF (Entrevistados 19 e 20)

“Sistema de informação que é repassado para a Secretaria e para o Ministério da Saúde”. (Entrevistados 21 e 22)

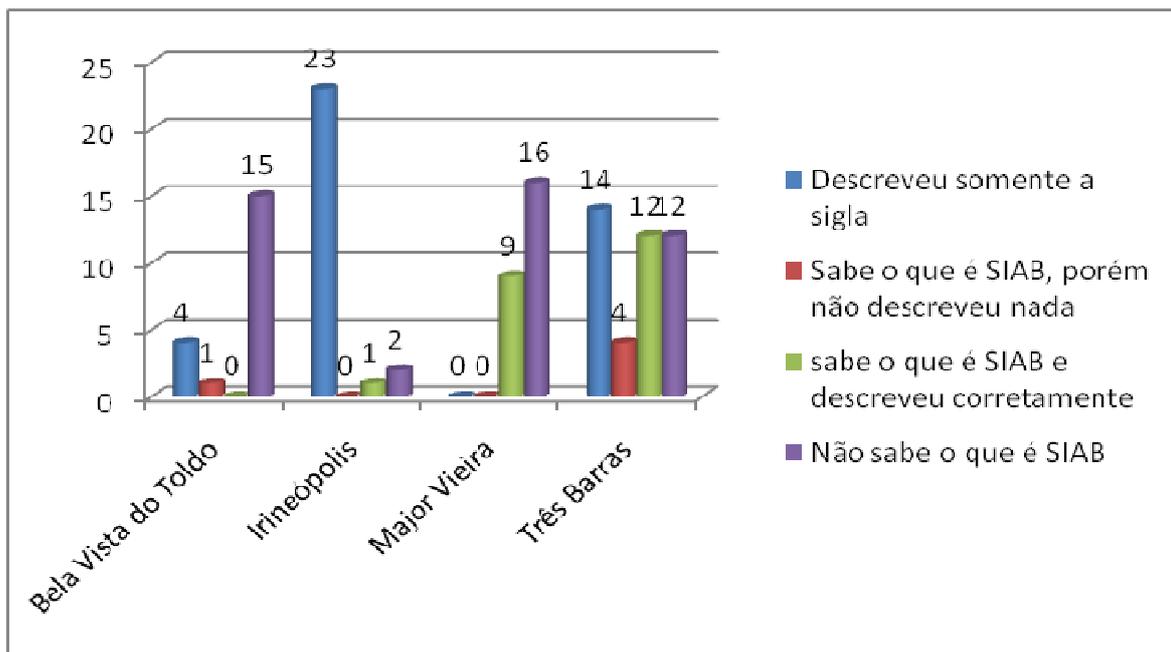


Gráfico 21 – Conhecimento sobre SIAB

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

De acordo com os dados coletados, no território pesquisado, os profissionais da ESF apresentam conhecimento limitado sobre o SIAB ou não tem noção da importância desse sistema para todos os aspectos já mencionados neste item. As descrições apresentam-se limitadas e não estão claras, demonstrando que o SIAB não está sendo utilizado constantemente para realização do monitoramento e planejamento das ações pelas equipes da ESF.

As respostas sobre o SIAB são ratificadas pelas respostas obtidas na apresentação do gráfico 22 em que 104 profissionais pesquisados responderam que o monitoramento da ESF não é realizado nos municípios. As 09 respostas positivas constantes no formulário sugerem que o monitoramento pode estar sendo realizado de forma centralizada sem que as equipes recebam informações do processo e dos seus resultados. Salienta-se, que estes dados representam a falta de participação dos profissionais nos seus espaços de trabalho, distorcendo os direitos garantidos por lei, em que os profissionais e a população devem participar do planejamento e realizar monitoramento das ações e dos serviços de saúde.

O monitoramento serve para impulsionar a melhoria contínua de qualidade da gestão, dos serviços e das práticas de saúde neste âmbito de atenção. Sem a participação dos profissionais que atuam diariamente, o monitoramento perde o

sentido de ser realizado, pois as mudanças necessárias não ocorrem na prática sem a devida mensuração dos resultados obtidos.

Neste sentido, é indispensável que o monitoramento, mesmo quando realizado de forma centralizada, seja repassado às equipes de saúde da família, para que o redirecionamento das ações e as estratégias de melhoria possam se planejadas e executadas em conjunto.

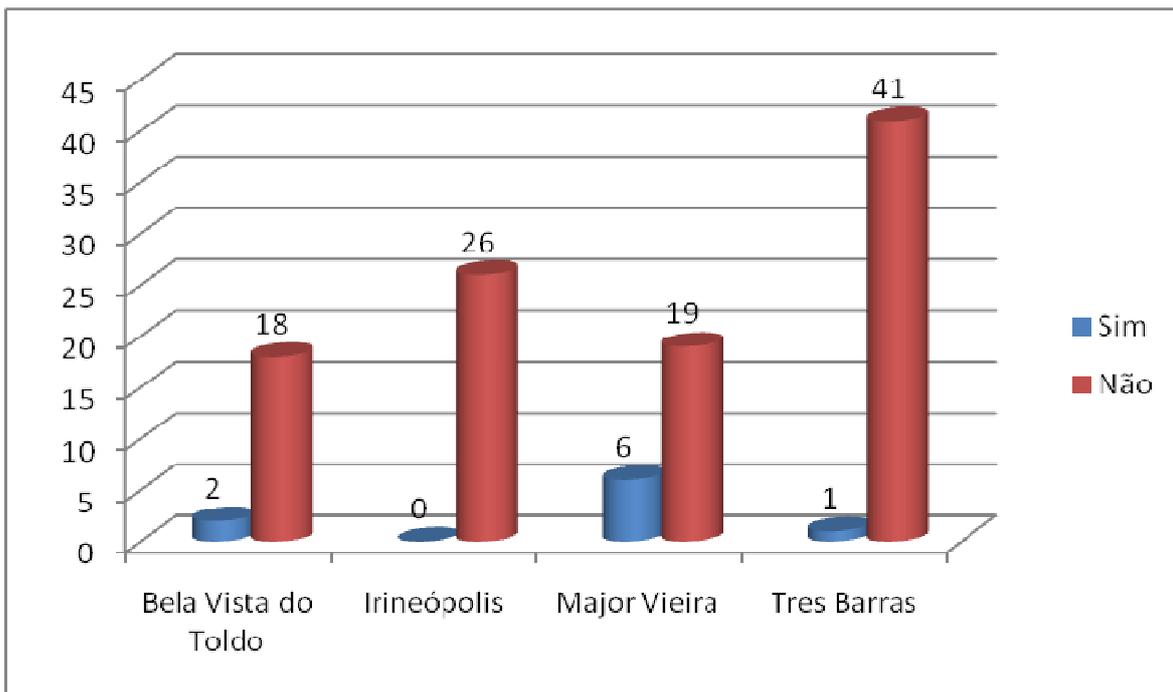


Gráfico 22 – Realização de monitoramento na ESF

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Além dos dados epidemiológicos, para o monitoramento e avaliação da ESF, é importante conhecer o nível de satisfação da população e o desempenho das equipes da ESF. A avaliação não deve ser considerada como um dado exclusivamente técnico. Seu resultado é importante tanto para os gestores, como para a população e para os profissionais, devendo ser divulgados e discutidos com todos os envolvidos. Podem ser realizadas pesquisas que visem descobrir o conhecimento da população sobre os serviços prestados na ESF, a satisfação da população em relação ao trabalho realizado e levantamentos epidemiológicos.

Com o intuito de averiguar se foram realizadas pesquisas de qualquer gênero nos últimos dois anos nas ESF nos municípios pesquisados, uma pergunta foi direcionada para os profissionais que participaram da pesquisa.

Os dados sistematizados no gráfico 23 revelam que, 27 profissionais responderam que nenhuma pesquisa foi realizada na ESF nos últimos dois anos. Levando-se em consideração que 86 profissionais pesquisados responderam não ter sido realizada pesquisas na ESF nos últimos dois anos, entende-se que as pesquisas podem ter sido realizadas de forma centralizada, não sendo repassados resultados aos integrantes das ESF, ou a falta de conhecimento pode estar relacionada a rotatividade dos profissionais.

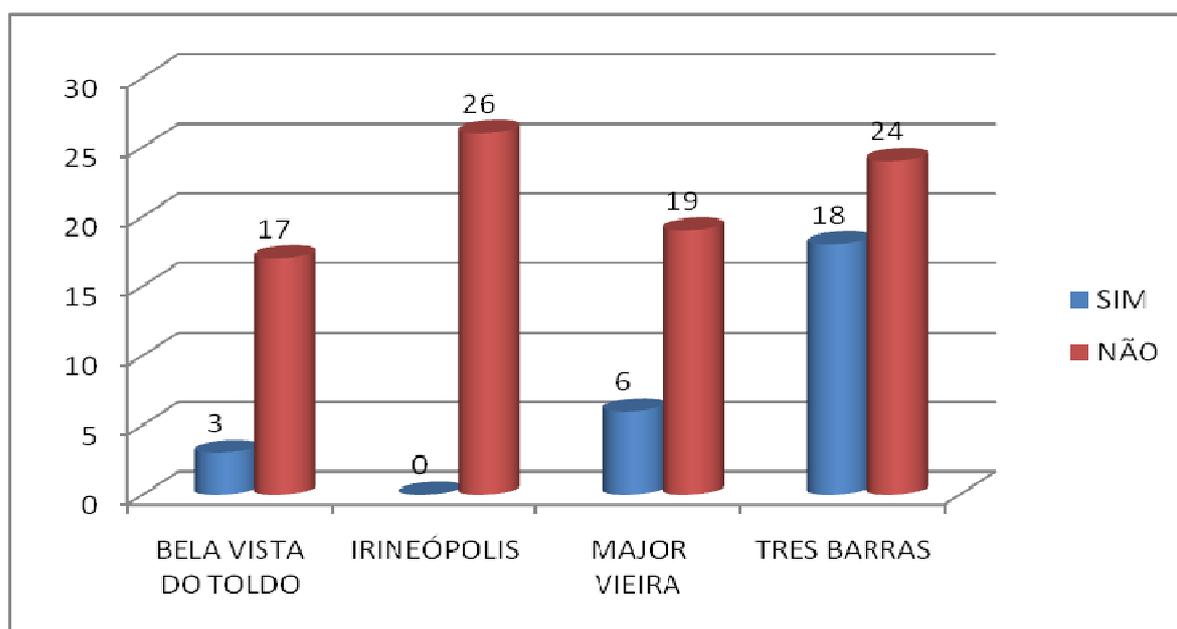


Gráfico 23 – Realização de pesquisa na ESF

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Em relação ao entendimento dos profissionais sobre a implantação da ESF no seu município, os dados do gráfico 24 mostram que 43 profissionais avaliam como muito boa e a consideram de acordo com as diretrizes da ESF. No entanto, 66 profissionais avaliam como boa, porém, distante das diretrizes da ESF e 04 avaliam como ruim, pois as diretrizes não são cumpridas. Entre as categorias profissionais destaca-se que o ACS foi o profissional que avaliou em maior número, (39 respostas), muito boa e está de acordo com as diretrizes da ESF. A resposta, ruim, pois as diretrizes não são cumpridas foi citada por 04 profissionais, (02 cirurgiões dentistas e 02 enfermeiros das ESF de Bela Vista do Toldo e Major Vieira).

A prevalência de respostas, boa, porém, distante das diretrizes da ESF ocorreu em Irineópolis, e, a resposta muito boa e de acordo com as diretrizes da ESF, foi citada com maior frequência em Três Barras.

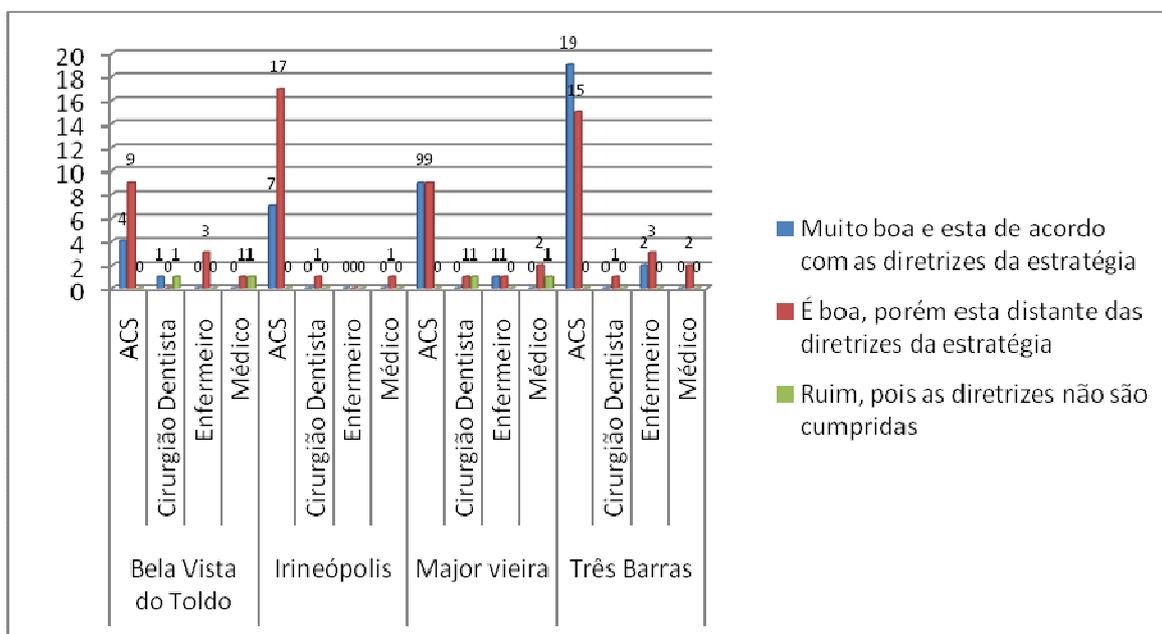


Gráfico 24 – Opinião da equipe sobre a implantação da ESF, por município e categoria profissional

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

A análise dos dados pesquisados permite a observação de que a visão dos profissionais em relação às suas equipes, destoam das diretrizes da estratégia. Isto pode ocorrer tanto por interesses pessoais divergentes dos objetivos da ESF, quanto pelo desconhecimento das suas diretrizes. Este desconhecimento pode se originar da deficiência estrutural da estratégia. Salienta-se que a estrutura citada, refere-se não apenas a qualificação técnica ou recursos financeiros, mas também aos mecanismos de educação permanente.

Quando solicitado aos entrevistados para descrever as dificuldades encontradas para atuar na ESF, as respostas foram diversificadas. As respostas mais relevantes e as descritas por mais de um profissional foram sistematizadas no gráfico 24.

O salário e os recursos materiais se destacaram dos demais problemas citados. O salário foi mencionado por 69 profissionais e a falta de recursos materiais por 49 entrevistados. Em Bela Vista do Toldo sobressaiu-se a carga horária a ser cumprida, com 06 respostas. Destaca-se que as respostas

referentes a carga horária, foram citadas por profissionais médicos e cirurgiões dentistas. Em Major Vieira, a falta de uniforme foi citada por 07 profissionais e a falta de incentivo ou valorização do profissional foi mencionada por 05 profissionais. Em Três Barras, a resposta falta de comprometimento e entrosamento da equipe foi citada por 05 profissionais.

Além destas, foram citadas as seguintes dificuldades: falta de veículo em todos os municípios, (com exceção de Três Barras), infra-estrutura inadequada, (nos municípios de Major Vieira e Três Barras), ter que atender no interior, (Irineópolis e Major Vieira) e, USF longe da área de abrangência (Major Vieira e Três Barras).

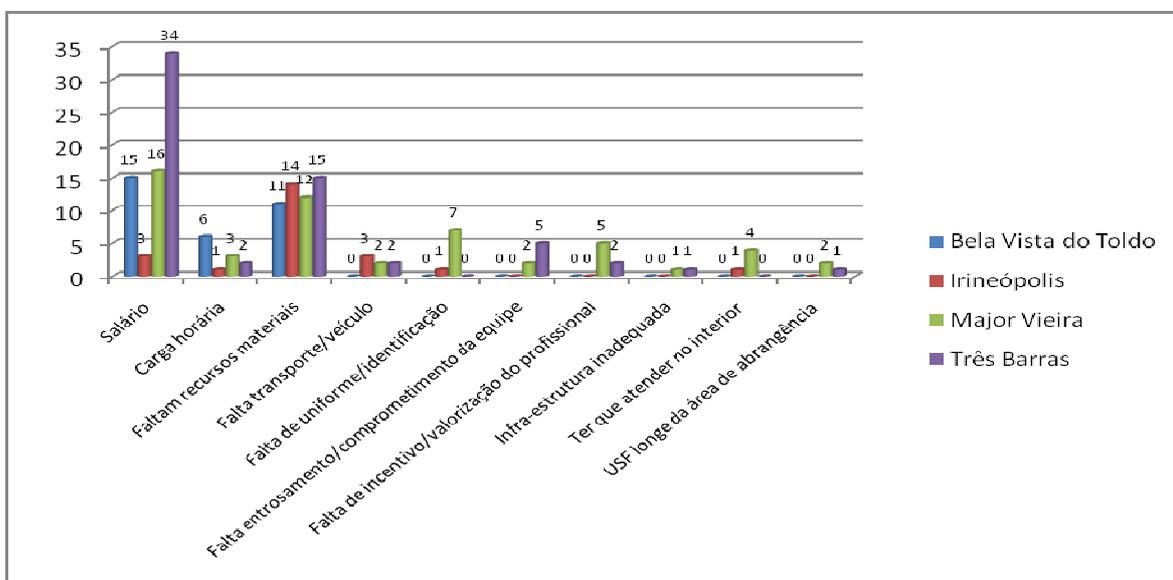


Gráfico 25 – Dificuldades da equipe para atuar na ESF

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Sabe-se que a desigualdade e a insatisfação salarial já se tornaram um problema vivido pelos profissionais brasileiros. Verifica-se esta realidade na presente pesquisa. A questão salarial é imprescindível a todo e qualquer trabalhador, por inúmeras razões: auxilia no sustento familiar, melhora as condições de desenvolvimento educacional, propicia momentos lazer e descontração, colabora no desenvolvimento e manutenção da saúde, melhora auto-estima e motiva o desenvolver do trabalho. Desta forma, pode-se dizer que os salários têm papel crucial para o sucesso eminente, tanto no trabalho desenvolvido pelos profissionais, como pela satisfação pessoal de cada

trabalhador. Para tanto, é imprescindível que esta questão seja reconhecida e valorizada por parte dos governantes responsáveis, criando um equilíbrio da relação capital e trabalho, o que pode repercutir em produtividade com qualidade no serviço prestado ao cliente.

A precariedade ou a falta de recursos materiais implica na qualidade dos serviços oferecidos, pois estes são matéria-prima utilizada diariamente pelos profissionais de saúde. A ausência desta, leva ao imprevisto ou ao retardo, e conseqüentemente, ao aumento de um público carente e dependente dos serviços de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a criação do SUS, pela CRFB em 1988, propostas visando organizar os serviços de saúde no Brasil vêm sendo implantadas. A ESF, que entrou em vigor no ano de 1994 como uma extensão do PACS, é uma das estratégias mais atuais para a transformação dos modelos assistenciais vigentes.

O objetivo do Ministério da Saúde com a inserção da ESF era, fundamentalmente, reestruturar a atenção primária à saúde. No entanto, a mera adesão dos municípios à ESF, não garante a reestruturação da assistência pública à saúde e a melhoria da qualidade de vida das pessoas. É necessário que as diretrizes da estratégia sejam incorporadas no cotidiano das equipes de saúde e sejam cumpridas em sua plenitude.

Há que se levar em consideração, que as normas para implantação e atuação da estratégia nos municípios, são formuladas e ditadas pelo Ministério da Saúde. Levando-se em consideração as diferentes realidades existentes no Brasil, a implementação ocorrerá de maneira diferente em cada município, pois é necessário que as especificidades de cada região e município sejam respeitadas para que a estratégia consolide-se e promova qualidade de vida às pessoas.

A pesquisa desenvolvida possibilitou ter um panorama do território estudado e conhecer a implementação de ESF em municípios com até 20.000 habitantes da 26ª SDR. Neste sentido, os objetivos propostos no início do estudo foram alcançados integralmente.

Em resposta ao problema inicial do estudo, de acordo com os dados encontrados, a contribuição da ESF para a reestruturação da APS é muito limitada e modesta na região, considerando que as equipes estão atuando de maneira incipiente e as diretrizes da ESF não estão sendo cumpridas na íntegra em nenhum dos municípios estudados.

As afirmativas contidas neste estudo impediram a confirmação da hipótese proposta no início da pesquisa. Ressaltou-se que para assegurar o funcionamento da Estratégia Saúde da Família segundo a legislação, possibilitar a reestruturação da atenção primária em saúde e contribuir para o desenvolvimento local, é necessário seguir as diretrizes da estratégia, reduzir a rotatividade dos

profissionais, qualificar os profissionais que fazem parte das equipes, disponibilizar recursos financeiros suficientes e, articular as políticas públicas de forma intersectorializada.

Foram entrevistados 113 profissionais que compõem as 18 ESF dos municípios estudados. O total de profissionais cadastrados no CNES em janeiro de 2010 é de 150, divergindo do total de profissionais entrevistados. A justificativa fornecida pelos gestores em relação a esta diferença é de: férias, licenças, descumprimento de horário ou, equipes desfalcadas. A ausência de profissionais na equipes de ESF no dia da pesquisa representa o primeiro dado relevante no contexto do descumprimento das diretrizes da estratégia. Destaca-se ainda que o número de profissionais nas ESF do território estudado é expressivo perante as dificuldades que os municípios apresentam.

A vinculação, principal objetivo da estratégia, que deve ocorrer entre a equipe da ESF e, entre a equipe e a população adscrita, não ocorrem efetivamente nos municípios estudados. Os profissionais não desenvolvem trabalhos em equipe, não reconhecem com precisão os integrantes das suas equipes, não conhecem o território de atuação e não identificam a população da sua área de abrangência, desconfigurando as diretrizes e os objetivos da ESF.

O sistema de referência é precário e os médicos mencionam não haver sistema de contra referência, não ocorrendo continuidade no cuidado quando o usuário retorna ao município.

Mesmo com a orientação do Ministério da Saúde para que o salário na ESF seja diferenciado, os salários no território estudado são considerados baixos pelos profissionais das equipes, não sendo atrativo para efetivar o cumprimento da carga horária estabelecida e a fixação do profissional no município. O tempo de permanência dos profissionais médicos nas ESF está em torno de um ano, sendo o ACS, o profissional com menor rotatividade.

A forma de contratação não é padrão no território, havendo diversidade entre os municípios. Há predominância de teste seletivo, o que não gera estabilidade aos profissionais da equipe de saúde da família.

As atividades na ESF estão pautadas no atendimento médico e são avaliadas de forma quantitativa, ou seja, para os gestores a avaliação é realizada a partir da quantidade de atendimentos clínicos realizados pelos médicos. Assim,

o papel da equipe torna-se meramente burocrático. As fichas de atendimento são preenchidas muitas vezes com descaso e sem que haja correta valorização do ato da visita domiciliar, seja dos ACS, seja da enfermagem, seja dos médicos.

A pesquisa aponta para desconhecimento das equipes de saúde da família em relação aos procedimentos preventivos e curativos que devem ser desenvolvidos na ESF. O ACS não faz o que é determinado em sua legislação específica. A pesquisa revelou que as orientações e educação em saúde realizadas pelo ACS à população são escassas, e ele não tem percepção da sua responsabilidade como integrante da equipe de ESF. Provavelmente há descaso, descomprometimento ou desconhecimento dos gestores e/ou coordenadores da ESF, pois não são cobradas as diretrizes da estratégia.

Observa-se que a atenção básica não foi modificada, pois o usuário permanece recebendo o mesmo atendimento que recebia anterior a ESF e as necessidades básicas da população não estão sendo sanadas. O modelo vigente (ESF) permanece na passividade. Alie-se a isso a falta de equipamentos nas unidades e a escassa distribuição de materiais para os profissionais atuarem, comprometendo a qualidade e a resolutividade da assistência. A adesão à estratégia parece estar pautada ainda nos recursos financeiros recebidos. Os esforços não estão voltados a dar condições à população de se desenvolver de maneira sustentável e melhorar sua qualidade de vida.

Desta forma, tivemos um panorama da situação atual da ESF nos municípios em estudados. É preciso, portanto, que tomemos consciência da realidade que envolve a estratégia saúde da família, para que possamos retomar o foco na atenção primária. O que mostramos aqui, portanto, não é uma solução, mas sim uma realidade concreta. Pudemos perceber que as diretrizes da estratégia não são cumpridas nos municípios estudados, há desinteresse por parte dos profissionais e gestores, e falta de qualificação dos profissionais que fazem parte das equipes. É imprescindível ainda, disponibilizar recursos financeiros suficientes e articular as políticas públicas de forma intersectorializadas.

Grandes centros urbanos dispõe habitualmente da mais alta complexidade na hierarquia de atendimento em saúde da rede pública. Não se observa a interiorização deste tipo de atendimento. Isto parece razoável quando trata-se de municípios pequenos mais próximos às capitais, como na região periférica da

Grande Florianópolis. Entretanto, se voltarmos os olhos aos municípios afastados das capitais, como os do Planalto Norte Catarinense, perceberemos um hiato neste tipo de atendimento. As distâncias são por demais extensas, o que gera desconforto, abandono de tratamento e filas intermináveis para agendamentos tanto de consultas como dos demais procedimentos.

Cientes dos empecilhos e dificuldades, profissionais não prosseguem suas investigações em saúde, usuários se recusam a dar continuidade ao tratamento, perdem seguimento de doenças e diagnósticos são perdidos. Esta condição se torna viciosamente cíclica, pois os profissionais do ESF têm, em geral, seus olhos voltados à melhores condições de vida dos grandes centros, porém, convivem com a precária situação da saúde em pequenos municípios e escassa ou ausente rede para encaminhamento às especialidades de média e alta complexidade. Isto faz com que a ESF seja, de maneira geral, apenas uma ponte, provendo rendimento até que haja aprovação em especialização em hospitais da rede básica de atendimento.

Espera-se do profissional da ESF uma atitude resolutiva em nível básico. Esta é inclusive a proposta do sistema. Desenvolver muito mais a medicina preventiva. Não é o que encontramos na realidade. A realidade nos é apresentada, por meio deste estudo, como o que descrevíamos acima: toda a ação de saúde é relegada a ESF, tanto preventiva, como curativa. Neste contexto atual exposto, isto torna-se impossível. Esta impossibilidade traduz a necessidade de mudança de foco: há espaço para a atuação do ESF na prevenção da doença, promovendo saúde em uma dimensão usualmente relegada a um segundo plano.

Há discordância entre o foco preventivo proposto pelo sistema e a resolutividade esperada. Não há como esperar resolutividade da ESF, da mesma forma que não se pode esperar resolutividade de um sistema que falha em prover recursos para a continuidade do tratamento.

Para que a ESF seja desenvolvida de maneira efetiva e resolva os problemas de saúde da população, é necessário investimento no que se refere à tecnologia adequada, capacitação de profissionais, monitoramento e avaliação constante da estratégia nos municípios.

É fundamental e urgente que as equipes de ESF sejam destinadas à sua função precípua. Para que isto ocorra, gestores e coordenadores das ESF

precisam assegurar o cumprimento das normas e diretrizes da estratégia pelos profissionais. Além disso, os investimentos destinados as ações de atenção primária a saúde e ESF devem ser disponibilizados para cobrir gastos com a saúde em ações voltadas a prevenção e tratamento dos usuários.

Reportando-se ao desenvolvimento local, os fenômenos de deslocamento populacional habitualmente ocorrem por questões econômicas, ao exemplo dos históricos migrantes das regiões pobres do nordeste brasileiro, conhecidos como retirantes, que buscam melhores condições de vida no Sul e Sudeste. Estas pessoas buscam regiões onde possam encontrar emprego, renda, saúde e educação, em geral, nesta ordem.

Em se tratando da economia formal brasileira, tradicionalmente empresas e demais prestadoras de serviço, que geram emprego e renda, não se instalam em regiões sem infra-estrutura adequada. Esta infra-estrutura envolve saúde em nível mínimo de média e por vezes, alta complexidade. Abordando outra face do problema, a qualidade da mão-de-obra em regiões onde o nível de saúde é ruim, também é baixa. O fator educacional tem papel importante, mas em parte há maior incidência de doenças debilitantes não somente dos trabalhadores, mas também de seus familiares, o que tem reflexo na alta incidência de absenteísmo.

Como a região não atrai fatores de desenvolvimento, não consegue gerar desenvolvimento sustentado. Cria-se um novo círculo vicioso, no qual a saúde ao mesmo tempo em que é parte geradora do problema, é sua consequência.

O resultado é um fluxo migratório crescente para regiões urbanas saturadas, com sucateamento dos seus sistemas de saúde, incapazes de cobrir a crescente demanda. Na outra extremidade, temos o interior do Brasil, com perda da capacidade econômica, redução cada vez maior em arrecadação, com crescente municipalização da responsabilidade financeira pela promoção de saúde, e com gráficos mostrando tendência à falência do sistema.

Portanto, não há que se falar em desenvolvimento local sem que ele seja atrelado também à melhores condições de promoção de saúde. As condições de saúde vêm sendo cada vez mais analisadas em função de progressão ou redução do desenvolvimento. Não se espera que resolvendo a saúde obtenha-se crescimento econômico e desenvolvimento, mas tem-se certeza de que isto não

ocorrerá enquanto a população não tiver acesso à um sistema de saúde de qualidade.

Neste sentido, a associação entre formadores de recursos humanos, conselhos municipais de saúde, gestores e técnicos de saúde é um importante instrumento para facilitar a expansão e sucesso da implementação da estratégia saúde da família.

De acordo com os dados obtidos durante esta pesquisa, evidencia-se que os Conselhos Municipais de Saúde são inoperantes ou estão atuando de forma inexpressiva nos municípios estudados, divergindo da sua real atribuição nos municípios. O controle social, por meio do Conselho Municipal de Saúde, tem papel fundamental neste contexto, pois ele é o principal responsável pela transformação e planejamento das políticas públicas, articulando e tomando decisões de forma organizada em benefício da sociedade e de acordo com as reais necessidades da população.

É importante que ele atue de forma adequada e avalie constantemente o funcionamento das equipes para que possa garantir o cumprimento de suas diretrizes e cumprir os princípios do SUS. Os recursos precisam ser empregados de forma correta e os profissionais precisam estar capacitados para atuar na ESF. Em primeiro lugar, é necessário que cada integrante da equipe entenda seu papel, cumpra suas obrigações e tenha disponível os recursos necessários para trabalhar.

Espera-se que outras pesquisas sejam realizadas nesta temática, principalmente no que diz respeito ao papel do CMS e suas responsabilidades no contexto do SUS. Como continuidades desta, outros pesquisadores poderão pesquisar a atuação dos Conselhos de Saúde nestes municípios. É importante que se conheça as fragilidades existentes na sua gestão, bem como, fatores alteráveis que contribuam para o fortalecimento da atuação do conselho na gestão da saúde local.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. M. Desafios para a Implantação da Estratégia Saúde da Família: A (re) formação dos profissionais. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano VII. Numero 10. Abril a junho de 2006. Ministério da Saúde, Brasília: 2006.

ANDRADE, Manuel Correia de. **Espaço, polarização e desenvolvimento**: uma introdução à economia regional. São Paulo: Atlas, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=42&NomeEstado=SANTA%20CATARINA.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Departamento de Informática do SUS. Acesso em 15 de outubro de 2009 b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009 c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde - Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília : Ministério da Saúde, 2009 d.

_____. Ministério da Saúde. **SIAB**. Sistema de Informação de Atenção Básica. 2009 e. Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>

_____. Ministério da Saúde. **SIH/SUS**. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Acesso em outubro 2009 f. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cgi/sih/rmmap.htm>

_____. Ministério da Saúde. **SIOPS** - Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Acesso em outubro de 2009 g. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/despsaude.php?escacmp=1>

_____. Ministério de Integração Nacional. Acesso em janeiro de 2008. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/desenvolvimentoregional/index.asp>

_____. Ministério da Saúde, **Uma Estratégia para a Reorganização do Modelo Assistencial**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Cadernos de Atenção

Básica, n. 18. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: Normas e manuais Técnicos, Serie A, 2006 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Cadernos de Atenção Básica, n. 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2006 c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. Departamento de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS**. Ano I – nº. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 d.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde. – Brasília: 2006 e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Cadernos de Atenção Básica, n. 17 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília : Ministério da Saúde, 2006 f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: Monitoramento da Implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – 2001/2002. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003. Brasília, 2003 a.

_____. **Resolução nº 333**, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2003 b.

_____. Ministério da Saúde. **SIAB**: Manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. 1. ed., 4.^a reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 c.

_____. Instituto para o desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de condutas médicas**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília, 2001 a.

_____. Instituto para o desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de saúde**: Princípios e conquistas. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comitê de Ética em Pesquisa. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde**: Ministério da Saúde. Resolução CNS 196/96. Brasília/DF: 1996.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

CANOINHAS, Secretaria municipal de desenvolvimento Rural. Conselho Municipal de desenvolvimento Agropecuário. **Plano Municipal de Desenvolvimento Rural Sustentável**. 2007.

CARVALHO, A. O; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. Série saúde e cidadania, volume 6. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: Desafio ambicioso e necessário. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**. Porto Alegre, v. 9, n. 16: 161-167, 2005.

CIAMPONE, M. H. T; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial: 143-147, dez 2000.

COSTA. A. M. E; CARBONE. H. M. **Saúde da Família uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro, 2004.

COSTA NETO, M. M; Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de saúde da família**. Cadernos de atenção básica. Brasília, 2000 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação permanente**. Cadernos de atenção básica. Brasília, 2000 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Treinamento introdutório**. Cadernos de atenção básica. Brasília, 2000 c.

DE AGOSTINHO, Jaime. **Subsídios à discussão de um plano de desenvolvimento sustentável** 200. 439 f.. (Tese de Doutorado em Geografia) - Faculdade de Filosofia , Letras e Ciências Humanas. Universidade De São Paulo, Belo Horizonte, 1989.

DUNCAN, BRUCE B; SCHIMIDT, MARIA INES; GIUGLIANI *et al.* **Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção primária baseada em evidências**. 3 ed. Porto alegre: Artmed, 2004.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. **Ensinando a cuidar em saúde pública**, 2003. Ed. Difusão.

FIOCRUZ. Constituição 20 anos: Saúde direito de todos e dever do Estado. **RADIS. Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro, nº 72, agosto de 2008.

FLEURY, S. **Saúde e Democracia: A luta da CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FORTUNA, C. M; MISHIMA S. M; MATUMOTO, S; PEREIRA, M. J. B. **O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Março-abril, 13(2):262-8. 2005.

FRANCO, A. Somente o desenvolvimento sustentável pode superar a pobreza no Brasil. **Revista Promoção da Saúde**: Experiências saudáveis. Ministério da saúde. Ano 1, n. 2. Nov/dez 1999.

GOMES, M.A; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e saúde coletiva**. 10 (2): 357-363, 2005.

HERCULANO, Selene C. **A qualidade de vida e seus indicadores**. Niterói: Eduff, 2000.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Acesso em 21 de outubro de 2009. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**. n.22, p. 102-110, 2001.

JUNQUEIRA, L.A. Novas Formas de Gestão na Saúde: Descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**. 6(2):31-46, 1997.

LACERDA, J T; TRAEBERT, J L. **A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Tubarão: Ed. Unisul, 2006.

LUCHESE, P; AGUIAR D. S. **Informação para Tomadores de decisão em Saúde Pública**: Políticas Públicas em Saúde. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MARSIGLIA, R.M.G; SILVEIRA, C; JUNIOR, N.C. Políticas Sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. v. 14, n.2: 69-76, maio-agosto 2005.

MENDES, Marina Ceccato. **Desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <http://educar.sc.usp.br/biologia/textos/m_a_txt2.html>. Acesso em: 12 Dez. 2009.

MENDONÇA, C. S; TALBOT, Y. Introdução a saúde da família: uma primeira etapa da educação permanente. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano VII. Numero 10. Abril a junho de 2006. Ministério da Saúde, Brasília: 2006.

NASCIMENTO, E. Programa saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial: 171-173, dez 2000

NOBRE, L. C. C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 8(4): 963-971, 2003.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: 2008.

PERES, E.M. O programa saúde da família no enfrentamento das desigualdades sociais. **Revista Aquichan**, 2007. Vol. 7, n. 1.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2008.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-americana Enfermagem**. Julho-agosto, 12(4):658-664, 2004.

RIBEIRO, E. M; PIRES, D; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa saúde da Família. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, 2004.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Acesso em 31 de março de 2010. <http://www.saude.sc.gov.br>

_____. **Mapas das Secretarias de Estado do Desenvolvimento Regional**. Acesso em 10 de outubro 2008. <http://www.sc.gov.br/conteudo/governoregionais/canoinhas.htm>.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerencia de Atenção Básica. Divisão Saúde da Família. **Vínculo contratual dos profissionais das equipes de saúde da família, saúde bucal e programa de agentes comunitários de saúde no Estado de Santa Catarina-SC, 2005**. Florianópolis, 2006.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Legislação Básica. Florianópolis, SC. 2002

SANTOS, B. R. L.; MORAES, E. P.; PICCININI, G. C.; SAGEBIN, H. V.; EIDT, O. R.; WITT, R. R. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial: 17-24, dez 2000

SDR-MI. **Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional (SDR)**.

Ministério de Integração Nacional. Disponível em:

<<http://www.integracao.gov.br/desenvolvimentoregional/index.asp>> Acesso em 10 Dez de 2009.

SCHIMITH, M. D. LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, 2004.

SILVA, M. F.; CONCEIÇÃO, F. A.; LEITE, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O mundo da saúde São Paulo**: jan/mar 32(1): 47-55. 2008.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial: 17-24, dez 2000.

SOUZA, M. F. A; Enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial: 25-30, dez 2000.

SOUZA, M. F; HAMANN, E. M. Programa saúde da família: uma agenda incompleta? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Associação Brasileira de Pós Graduação e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: 2006.

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

TANCREDI, F.B; BARRIOS, S.R.L; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**. Série saúde e cidadania, volume 2. Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

TEIXEIRA, E. C. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. AATR: Bahia, 2002

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R; A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15:225-264, 2005.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
1. TÍTULO: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 26ª SDR
Nome do pesquisador: Cínthya Oliveira Floriano.

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

2. Identificação do Sujeito da Pesquisa	
Nome:	
Data de Nascimento:	Nacionalidade:
Estado Civil:	Profissão:
CPF/MF:	RG:
Endereço:	
Telefone:	E-mail :

3. Identificação do Pesquisador Responsável	
Nome: Cínthya Oliveira Floriano	
Profissão: Enfermeira	N. do Registro no Conselho: 84266
Endereço: São Jose, nº. 1664	
Telefone: 47- 99559455	E-mail: cinthyafloriano@yahoo.com.br

Eu, sujeito da pesquisa, abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa acima identificado. Discuti com o pesquisador responsável sobre minha decisão em participar e estou ciente que:

1. Os objetivos desta pesquisa são pesquisar se o programa saúde da família esta contribuindo como estratégia de reestruturação da atenção básica à saúde
2. O procedimento para coleta de dados será através da aplicação de uma entrevista.
3. Os benefícios esperados são: maior conhecimento sobre o PSF em municípios com menos de 20.000 habitantes da 26º SDR.
4. Não existirão riscos e/ou desconfortos para os participantes da pesquisa.
5. Minha participação é isenta de despesas.
6. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
8. Minha desistência não causará prejuízo à minha saúde ou bem estar físico.
9. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
10. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado), na CEP-UnC- Canoinhas na Rua Roberto Helke, e-mail: comitedeetica@cni.unc.br, fone: 47 36229999, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.
11. Tenho a garantia de tomar conhecimento, pessoalmente, dos resultados parciais e finais desta pesquisa.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

_____ (), _____ de _____ de _____.

Pesquisador responsável pelo projeto

Sujeito da pesquisa

**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Título do Estudo: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 26ª SDR

Município: _____

Local de residência no entrevistado (bairro e município): _____

Área: _____ Micro área: _____ Nº de famílias: _____

Bairros (micro áreas) da área que fazem parte da sua equipe

Quem são os profissionais que fazem parte de sua equipe?

Médico	Enfermeiro	Tec. /auxiliar enf.	Cirurgião dentista	ACD

Qual a forma de sua contratação:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teste seletivo | <input type="checkbox"/> Contratação direta |
| <input type="checkbox"/> Profissional do quadro efetivo | <input type="checkbox"/> Concurso público |
| <input type="checkbox"/> Licitação | <input type="checkbox"/> Outra |

Qual é o tempo de sua contratação? _____

Qual o valor de seu salário? _____

Quais treinamentos você já fez ano?

Meses	Quem ministrou	Assuntos	Introdutório PSF
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Quais materiais/equipamentos a secretaria de saúde disponibiliza para você trabalhar?

- Balança;
 Fita métrica;
 Bicicleta;
 Uniforme descrever: _____
 Calculadora;

() Outros descrever: _____

Como são repassados às equipes, os problemas encontrados pelos ACS durante o mês?

- () Através de relatórios;
- () Pessoalmente, durante as reuniões;
- () Pessoalmente, sempre que necessário;
- () Não são repassados, cada agente resolve seus problemas na micro área;
- () Não são repassados

Como são resolvidos os problemas encontrados pelo ACS e PSF? (desnutrição, pobreza, crianças fora da escola, uso de drogas, violência intra domiciliar, alcoolismo, etc.)

- () Através de formação de grupos específicos para tratamento no PSF (alcoolistas, drogados);
- () Através dos profissionais do PSF, por meio de educação e orientação domiciliar;
- () Através de encaminhamentos a outras secretarias e serviços (bem estar social, administração, conselho tutelar, e outras);
- () O PSF cuida especificamente da área da saúde, deixando a cargo de outros setores, detectar e resolver estes problemas.

Em relação à reunião com toda a equipe PSF:

- () Não é realizada;
 - () É realizada sem programação;
 - () Semanal;
 - () Mensal;
 - () Bimestral;
 - () Outro
- _____

Em relação às reuniões com toda equipe PSF:

- () São realizadas por equipe;
- () São realizadas em conjunto com as outras equipes;
- () Não são realizadas;

Você sabe o que é SIAB?

- () Sim;
 - () Não
- Descreva para que ele serve, e como é utilizado na ESF: _____
- _____

São divulgados os resultados do processo de monitoramento e avaliação do PSF?

- () Sim
 - () Não
- De exemplos: _____

Como é realizado o controle das visitas domiciliares? Existem grupos para visitas? _____

Foi realizada alguma pesquisa específica do PSF nos últimos 02 anos?

() Sim; () Não.

Existe acompanhamento de grupos?

() Sim; () Não

Em que local: _____

Existe internamento domiciliar?

() Sim; () Não;

Media mensal: _____

Em relação aos grupos/reuniões com comunidade:

GRUPOS EXISTENTES	PERIODICIDADE DOS ENCONTROS	LOCAL
Hipertensos		
Diabético		
Gestantes		
Idosos		
Alcoolistas		
Crianças		
Planejamento familiar		
Outros		

Se outros, descrever: _____

Descreva resumidamente, quais atividades você desempenha durante uma visita domiciliar?

Qual a sua opinião sobre a implementação do PSF em seu município?

- () É muito boa e esta de acordo com as diretrizes do programa;
() É boa, porém esta distante das diretrizes do programa;
() Ruim, pois as diretrizes não são cumpridas;

Quais as dificuldades em trabalhar no PSF:

- () Carga horária;
() Salário;
() Falta de recursos para tratamento e diagnóstico;
() Outros.
() Não há dificuldades.

Descrever em caso de outros: _____

**APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM CIRURGIÃO DENTISTA
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Título do Estudo: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 26ª SDR

Município: _____ Área: _____ Nº de famílias: _____

Local de residência no entrevistado (bairro e município): _____

Bairros (micro áreas) da área que fazem parte da sua equipe

1. Quem são os profissionais que fazem parte de sua equipe?

Enfermeiro _____

Tec. /auxiliar enfermagem _____

Médico: _____

ACD/THD _____

ACS _____

Qual a forma de sua contratação:

Teste seletivo

Profissional do quadro efetivo

Concurso Público

Licitação

Outra

Contratação direta

Qual é o tempo de sua contratação? _____

TREINAMENTOS			
Meses	Quem ministrou	Assuntos	Introdutório PSF
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Você tem outro vínculo? Citar carga horária do outro vínculo.

Você atende somente pessoas/famílias de sua área?

Sim

Não

Em média quantas pessoas são atendidas fora da área de abrangência? _____

O prontuário esta dividido por áreas?

() Sim () Não

Como é o prontuário?

() Por família; () Individual.
() Não existe prontuário odontológico

Qual o valor de seu salário? _____

Você tem ou já teve acesso ao planejamento as ações do PSF este ano?

() Sim () Não

Em relação a reunião:

() Não é realizada; () Mensal;
() É realizada sem programação; () Bimestral;
() Semanal;
() Outro _____

Em relação às reuniões:

() São realizadas por equipe; () Não são realizadas;
() São realizadas em conjunto com as outras equipes;

Você sabe o que é SIAB?

() Sim; () Não

Descreva para que ele serve, e como é utilizado na ESF: _____

São divulgados os resultados do processo de monitoramento e avaliação do PSF?

() Sim () Não

De exemplos: _____

2. Quais materiais/equipamentos a secretaria de saúde disponit exclusivamente para você trabalhar?

() Raio x () Consultório Odontológico
() Auto clave () Amalgamador
() Fotopolimerizador () Ap. de profilaxia com jato de bicarbontao
() Inst. para exame clinico
() Equipo odontológico com pontas () Negatoscópio
() Outros

Descrever: _____

Em relação às medicações, você:

a) Participa da seleção;

Sim;

Não

b) Tem disponível a medicação básica necessária;

Sim;

Não

Como é realizado o serviço de referencia e contra referencia (alta e média complexidade) – agendamento para especialistas, apoio diagnóstico?

Foi realizada alguma pesquisa específica do PSF nos últimos 02 anos?

Sim;

Não.

Existe acompanhamento de grupos?

Sim;

Não

Em relação aos grupos/reuniões com comunidade:

GRUPOS EXISTENTES	PERIODICIDADE DOS ENCONTROS	LOCAL DOS ENCONTROS
Hipertensos		
Diabético		
Gestantes		
Idosos		
Alcoolistas		
Crianças		
Planejamento familiar		
Outros		

Se outros, descrever: _____

Descreva resumidamente as atividades que desenvolve diariamente:

Quais procedimentos você realiza no PSF:

Exodontias de dente decíduo;

Aplicação de selante;

Exodontias de dente permanente;

Aplicação de carióstático;

Atendimentos de urgência;

Remoção de resto radicular;

Pequenas cirurgias;

Controle de placa bacteriana;

Profilaxia;

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Selamento de cavidade com cimento provisório; | <input type="checkbox"/> Tratamento de alveolite; |
| <input type="checkbox"/> Escariação; | <input type="checkbox"/> Drenagem de abscesso; |
| <input type="checkbox"/> Capeamento pulpar direto em dente permanente; | <input type="checkbox"/> Tratamento de hemorragias; |
| <input type="checkbox"/> Raspagem; | <input type="checkbox"/> Ulotomia; |
| <input type="checkbox"/> Alisamento coronário; | <input type="checkbox"/> Radiografia; |
| <input type="checkbox"/> Restauração amalgama 1 face; | <input type="checkbox"/> Traumatismo dentário; |
| <input type="checkbox"/> Restauração amalgama 2 ou mais faces; | <input type="checkbox"/> Endodontia; |
| <input type="checkbox"/> Restauração resina fotopolimerizável 1 face; | <input type="checkbox"/> Biópsia de lesões bucais; |
| <input type="checkbox"/> Restauração resina fotopolimerizável 2 ou mais faces | <input type="checkbox"/> Fluoroterapia; |
| <input type="checkbox"/> Restauração de ionômero de vidro 1 face; | <input type="checkbox"/> Pulpotomias; |
| <input type="checkbox"/> Restauração de ionômero de vidro 2 ou mais faces; | <input type="checkbox"/> Reabilitação protética; |
| | <input type="checkbox"/> Periodontia não cirúrgica |
| | <input type="checkbox"/> Encaminhamentos para referencia; |
| | <input type="checkbox"/> Atendimento de contra-referencia. |

Qual a sua opinião sobre a implementação do PSF em seu município?

- É muito boa e esta de acordo com as diretrizes do programa;
- É boa, porém esta distante das diretrizes do programa;
- Ruim, pois as diretrizes não são cumpridas;

Quais as dificuldades em trabalhar no PSF:

- Carga horária;
- Salário;
- Falta de recursos para tratamento e diagnóstico;
- Outros.
- Não há dificuldades.

Descrever em caso de outros: _____

**APENDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM ENFERMEIRO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Título do Estudo: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 26ª SDR

Município: _____ Área: _____ Nº de famílias: _____

Local de residência no entrevistado (bairro e município): _____

Bairros (micro áreas) da área que fazem parte da sua equipe

Quem são os profissionais que fazem parte de sua equipe?

Médico _____

Tec. /auxiliar enfermagem _____

Cirurgião dentista _____

ACD/THD _____

ACS _____

Qual a forma de sua contratação:

Teste seletivo Contratação direta

Profissional do quadro efetivo Outra

Licitação

Qual é o tempo de sua contratação? _____

TREINAMENTOS			
Meses	Quem ministrou	Assuntos	Introdutório PSF
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Você tem outro vínculo? Citar carga horária do outro vínculo.

Você atende somente pessoas/famílias de sua área?

Sim Não

Em média quantas pessoas são atendidas fora da área de abrangência? _____

Você tem ou já teve acesso ao planejamento as ações do PSF este ano?

Sim Não

O prontuário esta dividido por áreas?

Sim Não

Como é o prontuário?

Por família; Individual.

Qual o valor de seu salário? _____

Em relação a reunião:

Não é realizada; Mensal;
 É realizada sem programação; Bimestral;
 Semanal; Outro _____

Em relação às reuniões:

São realizadas por equipe; Não são realizadas;
 São realizadas em conjunto com as outras equipes;

Você sabe o que é SIAB?

Sim; Não

Descreva para que ele serve, e como é utilizado na ESF: _____

São divulgados os resultados do processo de monitoramento e avaliação do PSF?

Sim Não

De exemplos: _____

Quais materiais/equipamentos a secretaria de saúde disponibiliza exclusivan para você trabalhar?

Tensiômetro Balança infantil
 Estetoscópio Balança adulto
 Termômetro Lanterna

- () Equipamento gineco-obstétrico () Equipamento informática
(mesa, espécuro, foco, pinard, sonar) (acesso internet, computador,
() Consultório de enfermagem impressora)
() Nebulizadores () Carro
() Outros

Descrever: _____

Em relação às medicações, você:

Participa da seleção;

- () Sim; () Não

Tem disponível a medicação básica necessária;

- () Sim; () Não

Como é realizado o controle das visitas domiciliares?

Média de visitas domiciliares e atendimentos:

Media diária de atendimento	Numero de pacientes acamados em sua área	Numero de visitas por mês

Foi realizada alguma pesquisa específica do PSF nos últimos 02 anos?

- () Sim; () Não.

Existe acompanhamento de grupos?

- () Sim;

- () Não

Em que local: _____

Em relação aos grupos/reuniões com comunidade:

GRUPOS EXISTENTES	PERIODICIDADE DOS ENCONTROS	LOCAL DOS ENCONTROS
Hipertensos		
Diabético		
Gestantes		
Idosos		
Alcoolistas		
Crianças		
Planejamento familiar		
Outros		

Se outros, descrever: _____

Existe internamento domiciliar?

Sim;

Não;

Media mensal: _____

Descreva resumidamente as atividades que desenvolve diariamente:

Quais procedimentos você realiza no PSF:

Consulta de enfermagem

Coleta de papanicolau

Notificações de doenças compulsórias

Investigação de óbitos

Exame de mama

Cateterismo vesical

Controle de peso de crianças

Consulta de enfermagem de pré natal;

Glicemia capilar;

Tratamento para hanseníase;

Tratamento para tuberculose;

Tratamento das DSTs;

Visitas domiciliares;

Outros _____ descrever: _____

Qual a sua opinião sobre a implementação do PSF em seu município?

É muito boa e esta de acordo com as diretrizes do programa;

É boa, porém esta distante das diretrizes do programa;

Ruim, pois as diretrizes não são cumpridas;

Quais as dificuldades em trabalhar no PSF:

Carga horária;

Salário;

Falta de recursos para tratamento e diagnóstico;

Outros.

Não há dificuldades.

Descrever em caso de outros: _____

**APENDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MÉDICO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Título do Estudo: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 26ª SDR

Município: _____ Área: _____ Nº de famílias: _____

Bairros (micro áreas) da área que fazem parte da sua equipe

Local de residência no entrevistado (bairro e município): _____

Quem são os profissionais que fazem parte de sua equipe?

Enfermeiro _____

Tec. /auxiliar enfermagem _____

Cirurgião dentista _____

ACD/THD _____

ACS _____

Qual a forma de sua contratação:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teste seletivo | <input type="checkbox"/> Contratação direta |
| <input type="checkbox"/> Profissional do quadro efetivo | <input type="checkbox"/> Concurso Público |
| <input type="checkbox"/> Licitação | <input type="checkbox"/> Outra |

Qual é o tempo de sua contratação? _____

TREINAMENTOS			
Meses	Quem ministrou	Assuntos	Introdutório PSF
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Você tem outro vínculo? Citar carga horária do outro vínculo.

Você atende somente pessoas/famílias de sua área?

- Sim Não

Em média quantas pessoas são atendidas fora da área de abrangência? _____

Você tem ou já teve acesso ao planejamento as ações do PSF este ano?

() Sim () Não

O prontuário esta dividido por áreas?

() Sim () Não

Como é o prontuário?

() Por família; () Individual.

Qual o valor de seu salário? _____

Em relação a reunião:

() Não é realizada; () Bimestral;
() É realizada sem programação; () Outro
() Semanal; _____
() Mensal;

Em relação às reuniões:

() São realizadas por equipe; () Não são realizadas;
() São realizadas em conjunto com as outras equipes;

Você sabe o que é SIAB?

() Sim; () Não

Descreva para que ele serve, e como é utilizado na ESF: _____

São divulgados os resultados do processo de monitoramento e avaliação do PSF?

() Sim () Não

De exemplos: _____

Quais materiais/equipamentos a secretaria de saúde disponibiliza exclusivamente para você trabalhar?

() Tensiômetro	() Equipamento gineco-obstétrico
() Estetoscópio	() Instrumentais de retirada
() Termômetro	estranho
() Balança infantil	() Consultório médico
() Balança adulto	() Nebulizadores
() Oftalmoscópio	() Equipamento informática
() Lanterna	() Carro
() Instrumentais para sutura	() Outros

Descrever: _____

Em relação às medicações, você:

a) Participa da seleção;

Sim;

Não

b) Tem disponível a medicação básica necessária;

Sim;

Não

Em relação aos exames laboratoriais, você:

Tem disponível os exames básicos necessários para o diagnóstico;

Tem cota mensal, por isso seleciona os pacientes mais urgentes;

Tem disponível exames de maior complexidade sempre que necessário

Como é realizado o serviço de referencia e contra referencia (alta e média complexidade) – agendamento para especialistas, apoio diagnóstico (tomografias, ressonância, ultra-som, outros)?

Como é realizado o controle das visitas domiciliares?

Foi realizada alguma pesquisa específica do PSF nos últimos 02 anos?

Sim;

Não.

Existe acompanhamento de grupos?

Sim;

Não

Em que local: _____

Em relação aos grupos/reuniões com comunidade:

GRUPOS EXISTENTES	PERIODICIDADE DOS ENCONTROS	LOCAL DOS ENCONTROS
Hipertensos		
Diabético		
Gestantes		
Idosos		
Alcoolistas		
Crianças		
Planejamento familiar		
Outros		

Se outros, descrever: _____

Existe internamento domiciliar?

Sim;

Não;

Media mensal: _____

Descreva resumidamente as atividades que desenvolve diariamente:

Quais procedimentos você realiza no PSF:

Suturas;

Glicemia capilar;

Coleta – punção para biopsia;

Diagnóstico e tratamento para hanseníase;

Lavagens de ouvido;

Diagnóstico e tratamento para tuberculose;

Coleta de papanicolau;

Debridamento de feridas;

Diagnóstico e tratamento das DSTs;

Consulta de pré natal;

Exerese de unha;

Notificações de doenças compulsórias;

Exerese de calo;

Exerese cisto ou lipoma;

Investigação de óbitos;

Tratamento da miíase;

Drenagem de abscessos;

Epistaxe – tamponamento;

Queimaduras 1º atendimento;

Retirada de corpo estranho;

Visitas domiciliares;

Internamentos domiciliares.

Outros descrever: _____

Qual a sua opinião sobre a implementação do PSF em seu município?

É muito boa e esta de acordo com as diretrizes do programa;

É boa, porém esta distante das diretrizes do programa;

Ruim, pois as diretrizes não são cumpridas;

Quais as dificuldades em trabalhar no PSF:

Carga horária;

Salário;

Falta de recursos para tratamento e diagnóstico;

Outros.

Não há dificuldades.

Descrever em caso de outros: _____

**UNIVERSIDADE DO CONTESTADO
PROGRAMA DE MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

CINTHYA OLIVEIRA FLORIANO

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 26ª SDR**

CANOINHAS

2010

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](#)