

MARCONDES ROGÉRIO PEREIRA

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E
IMPLEMENTAÇÃO DO PSF NO
MUNICÍPIO DE ITAPEMA/SC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

MARCONDES ROGÉRIO PEREIRA

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E
IMPLEMENTAÇÃO DO PSF NO
MUNICÍPIO DE ITAPEMA/SC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os funcionários do PSF de Itapema que de alguma forma colaboraram na realização deste trabalho, com especial atenção ao meu primo Juarez e à amiga Walkíria, que dedicaram grande parte de seu tempo às minhas solicitações.

Aos meus companheiros de curso Fabrício, Leandro e Lúcio, amigos fiéis sempre dispostos a me auxiliar nos momentos difíceis.

Ao meu orientador Marco Aurélio da Ros, professor e amigo, cuja admiração ratifica meus objetivos como profissional e cidadão.

Por fim, à minha família, meu bem mais precioso, dedico este trabalho, como também todo meu amor e gratidão.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO.....	5
3. LITERATURA.....	6
4. MÉTODO.....	22
5. RESULTADOS.....	24
6. DISCUSSÃO.....	34
7. CONCLUSÕES.....	43
8. REFERÊNCIAS.....	48
NORMAS ADOTADAS.....	51
RESUMO.....	52
SUMMARY.....	53
ANEXO 1.....	54
ANEXO 2.....	57
ANEXO 3.....	58

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1998 define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, prevê acesso universal e igualitário para sua promoção, proteção e recuperação, e constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) :

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes :

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.¹

Em que pese os resultados positivos de tais avanços, o Sistema Único de Saúde, em processo de construção, continua a exigir medidas que tornem realidade de fato, e não só de direito, os pressupostos que o fundamentam, garantindo à população brasileira atenção à saúde efetiva e de qualidade (Aguar, 1998)².

O incentivo à auto-responsabilidade e à participação da comunidade e dos cidadãos no planejamento, na organização, no funcionamento e no controle da atenção primária à saúde como requisitos indispensáveis à otimização do atendimento constitui-se também em recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS apud Trad & Bastos, 1998)³.

Não se pode dizer que o modelo assistencial que vem predominando no Brasil nos últimos anos contemple as diretrizes acima referidas. Ao contrário: volta-se prioritariamente para ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na melhoria da

qualidade de vida da comunidade. Seu enfoque biologicista não compreende ou não considera adequadamente as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecer ou morrer das pessoas (SESAB,1996 apud Trad & Bastos, 1998)³.

O Programa Saúde da Família (PSF) em conjunto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surge como uma estratégia de substituição do modelo vigente, através de uma reorganização da atenção básica, na lógica de vigilância à saúde e promoção da qualidade de vida, plenamente sincronizado com os princípios do SUS (MS, 2000)⁴.

Em documento do Ministério da Saúde, datado de 1994, o programa é assim caracterizado:

ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (MS, 1994)⁵.

Criado em setembro de 1994, o programa se expande aos diversos cantos do Brasil, colaborado em parte pelo relato de diversas experiências bem sucedidas após sua implantação (Serra, 1999)⁶. Ao final de 1999, este já atingia 4.945 equipes em 1.970 municípios⁴, atualmente com 10.905 equipes em 3.124 municípios⁶, com meta a atingir 20.000 equipes ao final de 2002⁶. Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde entre abril e julho de 1999, observou-se que 83% dos municípios que haviam implantado o PSF, o fizeram entre 1997 e 1998⁷, evidenciando o quanto é recente o processo de implantação desta estratégia. Entretanto a heterogeneidade entre os municípios e a forma de implantação de seus programas culminam com resultados distintos, conforme demonstrado por Viana(1998)⁸, ao definir 3 modelos de implantação do programa: Regional, Singular e Princiante. O primeiro se caracteriza pelo

desenvolvimento regional do programa, sendo fortemente influenciado por uma política estadual de apoio a mudanças nas práticas assistenciais; o segundo desenvolve uma experiência singular, sem o envolvimento de outras esferas de governo, e o terceiro se desenvolve de forma incipiente e incerta. Segundo Aguiar (1998)²:

no que diz respeito à revisão do modelo assistencial, seus limites e possibilidades estariam vinculados à forma de sua inserção nos sistemas locais de saúde e, neste sentido, tem sido polemizado justamente porque tanto pode servir a tendências simplificadoras, como a motivações de mudanças para gerar resultados mais efetivos do SUS.

Encontramos na literatura muitos relatos de casos de programas que se aproximam de “tipos ideais”. Segundo Bull(1992, apud Aguiar,1998)², os “tipos ideais” são abstrações purificadas, em geral de casos históricos, raramente encontrados em forma pura nos casos empíricos, sendo construídos inteiramente de acordo com leis teóricas que os explicam. Portanto as dificuldades e a real efetividade dos programas conforme os moldes correntemente implantados não estão claramente definidos, revelando a importância de sua análise nas suas mais diversas formas. Uma das maneiras iniciais de trabalharmos esta questão é através da realização de relatos de casos.

Neste trabalho escolheu-se o PSF do município de Itapema como objeto de estudo. Município litorâneo pertencente ao Estado de Santa Catarina, situado à 60 Km da capital Florianópolis⁹, é um dos muitos municípios que se engajaram a esta nova estratégia de mudança na assistência à saúde. A coexistência do PSF com o modelo tradicional de assistência, a falta de um hospital conveniado ao SUS (gerando grande fluxo de pacientes aos municípios vizinhos), a suposta implantação do programa com fins eleitoreiros, a transição eleitoral ocorrida no período de implantação do programa com a substituição de

muitos profissionais, a suposta falta de conhecimento e participação da população no sistema de saúde, são algumas circunstâncias que nas primeiras aproximações com o programa de Itapema chamaram a atenção por supostamente distanciá-lo dos chamados PSF “tipo ideais”. Pois é esta característica que influenciou de forma decisiva a escolha deste município para a realização do estudo de caso. Inferindo que tal característica não seja uma exclusividade do programa deste município, acreditamos que caracterizá-lo diante de suas virtudes e defeitos possa trazer tanto informações úteis para uma melhor assistência aos munícipes de Itapema, como também servir de referência a trabalhos subseqüentes.

2. OBJETIVO

Avaliar a implantação e implementação do Programa de Saúde da Família no município de Itapema, detectando suas características mais relevantes.

Propor alterações objetivadas a uma melhoria da eficiência do programa diante de seus objetivos.

3. LITERATURA

3.1 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) – CONTEXTO HISTÓRICO

Historicamente, o Sistema de Saúde do Brasil caracterizou-se pelo paralelismo entre as ações de saúde pública voltadas à prevenção, e a assistência médica de caráter curativo. Institucionalmente, os cuidados básicos e as atividades de prevenção estiveram a cargo do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais, ao passo que a atenção médica-hospitalar era responsabilidade do sistema vinculado à Previdência Social (Aguiar, 1998)².

Paim (1992)¹⁰ classifica estes modelos como o médico-assistencial privatista e o modelo “sanitarista”. O primeiro está voltado fundamentalmente ao atendimento da chamada “demanda espontânea”, ou seja, aos indivíduos que procuram por livre iniciativa o serviço de saúde, estando portanto na dependência de seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, resultando em um modelo extremamente excludente. A organização dos recursos visa ao atendimento desta demanda desorganizada, sem uma população definida e desprovida de compromisso com o impacto sobre o nível de saúde da população. O modelo sanitaria privilegia a realização de campanhas e programas especiais para o enfrentamento dos problemas de saúde da população. Apresentam geralmente caráter temporário, requerem grande mobilização de recursos e não atingem a integralidade da atenção.

O Brasil atravessou a década de 80 e 90 com um crescimento econômico estagnado, resultando em um aumento da desigualdade e da pobreza e uma

diminuição do gasto nos setores sociais, reduzindo os recursos disponíveis para desenvolvimento e operação dos serviços de saúde (Aguiar, 1998)².

Soma-se a isto o fenômeno de transição epidemiológica, onde ocorre uma diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas degenerativas, ocasionando um declínio na mortalidade com um aumento da morbidade (Patarra, 1995 apud Viana, 1998)⁸.

O reconhecimento da crise desse modelo, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visam à transformação do sistema de atenção em saúde (Paim, 1985 apud Trad & Bastos, 1998)³.

A partir de 1975, quando a sociedade começa a se mobilizar para exigir liberdades democráticas no setor saúde, profissionais da área, acadêmicos, partidos políticos, lideranças sindicais e populares iniciaram um processo de questionamento sobre o sistema nacional de saúde vigente (SES/SC)¹¹.

Na metade dos anos setenta, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), surge a primeira instituição de caráter nacional que propunha organizadamente a democratização do acesso à saúde no Brasil (Felisbino & Nunes, 2000)¹².

Médice (1994, apud Felisbino & Nunes, 2000)¹² coloca que, ao mesmo tempo, fortalecia-se ao nível internacional o movimento de atenção primária de saúde proposta por entidades internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Assistência à Saúde (OPAS), como solução para resolver os graves problemas sócio-sanitários a que estava exposta a maioria da população dos países do terceiro mundo.

Em 1978, realizou-se em Alma-Ata, Rússia, a Conferência Internacional Sobre Atenção Primária em Saúde, apontando a necessidade de mudanças radicais em relação às práticas e ao desenho dos serviços de saúde (Aguiar, 1998)².

Neto (1994, apud Felisbino & Nunes, 2000)¹² coloca que :

Com o agravamento da crise em 1980, o próprio governo elaborou um projeto de reorientação global do sistema de saúde, a partir da implantação de uma rede de serviços básicos de saúde.

Este projeto, o Prev-Saúde, era coerente com as políticas formuladas para toda a América Latina, voltadas para a atenção básica da saúde, porém, na época as pressões corporativas se articularam para impedir a viabilização da proposta¹².

Outras propostas e avanços surgiram como as AIS (Ações Integradas de Saúde) e o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). Médice (1994, apud Felisbino & Nunes, 2000)¹² acredita que as AIS espelham o início do processo de democratização da sociedade brasileira. O SUDS, criado no início do governo Sarney, funcionou como o principal elemento de descentralização operacional, administrativa e financeira dos programas de saúde entre 1987 e 1989¹².

Pela primeira vez aberta a participação da sociedade, ocorre em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), expressão máxima do movimento de Reforma Sanitária Brasileira¹³, reunindo em Brasília cerca de 4 mil representantes de todo Brasil¹¹. Segundo Paim (1992)¹⁰, nesta conferência foram sistematizados os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária: conceito ampliado de saúde, reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, Sistema Único de Saúde, participação popular, constituição e ampliação do orçamento social¹⁰. A Assembléia Constituinte de 1986 a 1988 iria consubstanciar o jogo de forças nesse terreno, sendo que as propostas retiradas da 8ª CNS são incluídas na Constituição Federal¹¹.

A Constituição brasileira de 1998 introduziu modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸. Entretanto para sua real efetivação, requer certo

detalhamento e ajustamento em termos de princípios, proposições e estratégias, inclusive porque vários problemas se colocaram para sua operacionalização, como o financiamento das ações de saúde, as formas de articulação público/privado e a resistência do antigo modelo assistencial (Viana,1998)⁸.

Chamamos de reforma incremental como um conjunto de modificações no desenho e operação da política. Estas podem ocorrer nas formas de organização dos serviços, nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde e no modelo de prestação de serviços. A reforma incremental do SUS foi iniciada nos anos 90 com a criação da Lei Orgânica de Saúde e várias portarias e normas emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Dessa forma, o PSF se constitui em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde do Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização (Viana,1998)⁸.

A formulação do Programa de Saúde da Família (PSF) ocorreu no governo Itamar Franco, quando assume o Ministério da Saúde o Dr. Henrique Santilho. O evento que marcou a concepção oficial do PSF foi uma reunião em Brasília, em dezembro de 1993 (Aguiar, 1998)².

Conforme Viana (1998)⁸ podemos afirmar que o PACS influenciou de forma decisiva a criação e as bases do PSF. Criado em 1991, o PACS introduziu o enfoque de assistência à família (e não somente ao indivíduo), a noção de área de cobertura, a visão ativa de intervenção em saúde e a integração com a comunidade, todos pontos essenciais no PSF. Com o êxito do PACS, a expansão do programa a outros tipos de profissionais tornou-se uma reivindicação dos secretários municipais de saúde, pois segundo Aguiar (1998)² observou-se um

certo esgotamento do “modelo” e a necessidade de uma proposta que ampliasse a capacidade resolutive dos agentes.

O PSF oficialmente foi criado em setembro de 1994, inserido na Fundação Nacional de Saúde. O financiamento desse período é o convênio firmado entre Ministério da Saúde, estados e municípios⁸. Em 1995, na gestão do Ministro Adib Jatene, o Programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), rompendo com a idéia de programa vertical operado através de convênio.

Em 1996 cria-se a NOB/96, onde é instituído o Piso Assistencial Básico (PAB), destinado a procedimentos e ações de assistência básica, definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (de acordo com o IBGE). Também prevê um adicional percentual variável por grupo de população coberta pelos Programas da Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)¹⁴.

Em relação ao investimento, o programa foi incorporado, ainda, ao projeto REFORSUS, do Banco Mundial, onde são privilegiadas as unidades básicas de saúde do PSF para os investimentos financiados por esse projeto⁸.

Ocorre, então, a partir de meados dos anos 90, uma acelerada difusão e adesão progressiva ao PSF por parte dos municípios, como resposta a mecanismos indutores explicitamente formulados na legislação vigente (Aguiar, 1998)².

Como objetivo geral, o Programa pretende melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade, que incluía desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças (MS, 1993 apud Aguiar, 1998)², além de contribuir para o redirecionamento do modelo assistencial a partir da atenção básica (MS, 1997 apud Aguiar, 1998)².

3.2 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) – SUAS LEGISLAÇÕES

O Sistema Único de Saúde estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica nº 8.080/90, tem seu processo de implementação realizado através das Normas Operacionais Básicas (NOB's) e Portarias emitidas pelo Ministério da Saúde⁸. As Normas Operacionais Básicas, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema¹⁴.

As condições de gestão financeira dos municípios são assim definidas na Norma Operacional Básica do SUS (NOB – 01/96)¹⁴:

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os municípios podem habilitar-se em duas condições:

- a) GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA; e
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.

A Gestão Plena de Atenção Básica é o tipo de gestão na qual o município recebe de forma regular e automática, os recursos financeiros para prestar serviços de Clínica Médica, Pediatria, Ginecológica e Cirurgia Geral; serviços

de Vigilância Sanitária e ações de Epidemiologia e controle de doenças. O município gerencia todas as unidades básicas de saúde em seu território e recebe recursos financeiros por habitante/ano. A Gestão Plena do Sistema Municipal é o tipo de gestão na qual o município recebe de forma automática, os recursos financeiros para prestar ações e serviços de Assistência Ambulatorial e Hospitalar. Envolve o planejamento, controle e avaliação, com gerenciamento de todas as unidades ambulatoriais básicas especializadas e hospitalares, públicas ou privadas, vinculadas ao SUS em seu território¹¹.

A habilitação do município em alguma forma de gestão é requisito para a sua inserção no Programa da Saúde da Família, conforma item 6 do Anexo II da Portaria nº 1.886/97¹⁵ do Ministério da Saúde.

O custeio da esfera federal para a atenção básica é realizado pelo Piso de Atenção Básica (PAB) criado na NOB/96, em seu item 12.1.1:

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

A Portaria nº 1.882/97¹⁶ estabelece em seu artigo 2º que o PAB será composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica. Em seu artigo 5º encontramos:

A parte variável do PAB destina-se a incentivos às ações básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais, e outros que venham a ser posteriormente agregados e será definida com base em critérios técnicos específicos de cada programa.

Parágrafo 1º O incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família consiste ao montante de recursos financeiros destinado a estimular a implantação de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, no âmbito municipal, reorientando práticas, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

A grande vantagem do PAB é dissociar a produção do recurso, ou seja, o município recebe o recurso independente do quantitativo da produção. Para o Programa Saúde da Família, a Portaria 1.329/99, estabelece que, de acordo com a faixa de cobertura da população, os municípios passam a receber incentivos diferenciados, detalhado no Quadro I:

Quadro I : Valores do Incentivo Federal ao PSF de acordo com a faixa de cobertura populacional

Classificação das Faixas de Cobertura	Faixa de Cobertura Populacional em %	Valor do Incentivo/Equipe/ano [R\$]
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160
8	60 a 69,9	50.472
9	70 e mais	54.000

Fonte : Ministério da Saúde (2000)¹⁷

Existe também um incentivo adicional para a implantação de novas equipes, num valor de R\$ 10.000,00/equipe, pagos em duas parcelas.

Essa diferenciação nos valores dos incentivos se deve ao fato de que quanto maior o número de pessoas cobertas pelo PSF, maior seu impacto¹⁷.

Como nem todos os municípios possuem capacidade plena instalada para prestação de serviços especializados como, por exemplo, alguns exames de diagnóstico e terapias, os usuários do sistema devem se dirigir ao município vizinho para receber estes serviços. O planejamento e a gestão financeira, nestes casos, deve ser realizada através de uma pactuação entre gestores municipais e, quando necessário, também com o gestor estadual, para que o cidadão não fique sem atendimento por não existir o serviço em seu município de origem. Esta articulação é denominada Programação Pactuada Integrada (PPI), um importante instrumento de planejamento no processo de pactuação intergestores. Quando um município faz um pacto na PPI e passa a atender, em uma ou mais unidades da sua rede de saúde a população de outra cidade, seu teto financeiro e o da outra cidade são alterados, porque os acordos definem que um município ou Estado que forneça um serviço a outro, receba o pagamento pelo serviço prestado¹¹.

A Emenda Constitucional nº 29, de setembro de 2000, define a cota da receita municipal e estadual a ser investida no setor saúde:

- aos municípios: a partir de 2000 não pode ser aplicado menos de 7% da arrecadação líquida de impostos e até 2004 deve ser atingido o patamar mínimo de 15%;
- aos Estados e Distrito Federal: a partir de 2000 não pode ser aplicado menos de 7% da arrecadação líquida de impostos e até 2004 deve ser atingido o patamar mínimo de 12%.

A participação popular nas decisões das políticas de saúde é garantida desde a Constituição Federal de 1988, em seu Art.198, inciso III, que dispõe como

uma das diretrizes do SUS a Participação da Comunidade. Na Lei 8.142/90, Art. 1º, inciso II, parágrafos 2º e 4º fica instituída a criação do Conselho de Saúde. Esse artigo diz :

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo¹¹.

Quanto ao Programa Saúde da Família, suas normas e diretrizes são definidas na Portaria nº 1.886/97, Anexo II. Em seu item 9 encontramos os aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de trabalho nas unidades de saúde da família:

- Caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementariedade e hierarquização;
- Adscrição de população/territorialização;
- Programação e planejamento descentralizados;
- Integralidade da assistência;
- Abordagem multiprofissional;
- Estímulo à ação intersetorial;
- Estímulo à participação e controle social;
- Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família;
- Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.

Conforme esta mesma Portaria a Unidade de Saúde da Família é assim configurada :

- Consiste em unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe

multiprofissional. Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.

- Configura-se como o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, onde se garanta resolutividade na sua complexidade tecnológica, assegurando-se referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema quando é requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde reside, no máximo, 1.000 (mil) famílias ou 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas e deve ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas)¹⁶.

Nesta mesma portaria são definidas as responsabilidades do município :

- Conduzir a implantação e a operacionalização do PSF como estratégia de reorientação das unidades básicas de saúde, no âmbito do sistema local de saúde;
- Inserir o PSF nas ações estratégicas do Plano Municipal de Saúde;
- Inserir as unidades de saúde da família na programação físico financeira ambulatorial do município com definição de contrapartida de recursos municipais;
- Eleger áreas para implantação das unidades de saúde da família, priorizando aquelas onde a população está mais exposta aos riscos sociais, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que integram as equipes de saúde da família.

- Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ou por outro instrumento de monitoramento, desde que alimente a base de dados do sistema preconizado ao programa pelo Ministério da Saúde (SIAB);
- Utilizar os dados gerados pelo sistema de informação para definição de atividades prioritárias no processo de programação e planejamento das ações locais;
- Apresentar sistematicamente a análise dos dados do sistema de informação e de outros mecanismos e/ou instrumentos de avaliação aos conselhos locais e municipais de saúde;
- Garantir a infra-estrutura e os insumos necessários para resolutividade das unidades de saúde da família;
- Garantir a inserção das unidades de saúde da família na rede de serviços de saúde, garantindo referência e contra-referência aos serviços de apoio diagnóstico, especialidades ambulatoriais, urgências/emergências e internação hospitalar.

A partir de 01 de janeiro de 2001 entra em vigor a Portaria número 1.444, de 28 de Dezembro de 2000, visando a ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Esta Portaria cria o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no PSF. Os valores do financiamento e a composição das equipes é definido em seu Art. 3º :

Art. 3º Os municípios que se qualificarem às ações de saúde bucal reberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição e com seguintes valores:

Modalidade I – Um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário – R\$ 13.00,00 (treze mil reais);

Modalidade II – um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental – R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais).

Para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deverão estar implantadas duas equipes de saúde da família. Cada equipe de saúde bucal deverá atender em média 6.900 habitantes. O município também recebe uma quantia adicional de R\$ 5.000,00 por equipe implantada para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.

Assim listamos as características mais importantes referente à legislação orientada ao Sistema Único de Saúde e ao Programa Saúde da Família, consideradas essenciais no processo de avaliação proposto por este trabalho.

3.3 – ITAPEMA : O MUNICÍPIO E SEU PROGRAMA

Município do litoral catarinense, distante 60 Km de Florianópolis, Itapema pertence à região do Vale do Itajaí, localizado em uma baía e cercado por ramificações da Serra do Mar, apresentando mais de 7 Km de orla marítima. Fruto da colonização açoriana do século XVIII, o município é fundado em 21 de fevereiro de 1962.

Durante vários anos a pesca foi a principal atividade geradora de recursos ao município, porém, nas últimas décadas, devido a sua localização e aspectos naturais (principalmente nos bairros Centro e Meia Praia), a exploração turística tornou-se a sua principal atividade econômica. Durante o período da temporada (de novembro a março) a economia se aquece, gerando divisas ao município e

empregos (formal e informal) para a população, em decorrência da abertura de bares e restaurantes, locais de lazer e divertimento, prestadores de serviços e comércio em geral (tendo como destaque a atividade imobiliária de locação e venda de imóveis). No período de baixa temporada (de abril a outubro) destaca-se o ramo da construção civil que, além de ser a principal fonte empregadora, gera o comércio e a indústria a ela relacionados.

Encontramos ainda cerca de 220 famílias que vivem da agricultura, divididas entre os bairros Sertãozinho, São Paulinho, Areal, Sertão do Trombudo e Ilhota. Quanto a atividade pesqueira, esta ocorre nos bairros Canto da Praia e Ilhota, onde cerca de 150 famílias dependem diretamente da pesca para sua sobrevivência.

Segundo dados do IBGE 2000¹⁸, Itapema apresenta uma população total de 25.857 habitantes, sendo que destes, 24.769 habitam em área urbana e apenas 1.088 em área rural. Durante o período de alta temporada acredita-se que esta população chegue a cerca de 250.000 pessoas (Secretaria de Planejamento Municipal de Itapema, 2000). A taxa de crescimento anual atinge um valor recorde de 9,14% ao ano¹⁸ em decorrência de uma grande migração, tanto estadual quanto interestadual, de pessoas que aqui chegam a procura de emprego e melhores condições de vida. Entretanto, nos últimos 5 anos, devido a uma queda importante nos índices da construção civil (a principal empregadora de mão de obra não qualificada durante a baixa temporada) acredita-se que a taxa de desemprego tenha crescido substancialmente no município, porém não encontramos dados que confirmem tal afirmação.

Quanto a educação, a rede local de ensino compreende 13 escolas públicas municipais, 2 escolas estaduais, 1 APAE, 8 instituições de ensino particulares (jardins e escolas) e 1 Campus Universitário da Univali (com 3 cursos de nível superior com um total de 150 matriculados). Segundo dados do SLAB (2000)¹⁹, 97,66% das crianças entre 7 e 14 anos freqüentam a escola.

A média salarial de 80% dos trabalhadores do município oscila entre um e três salários mínimos. Apenas 6,24% dos habitantes apresentam algum plano de saúde¹⁹.

Em relação à infra-estrutura municipal, sabemos, conforme dados do SIAB (2000)¹⁹, que 84,32% das moradias apresentam rede pública de abastecimento de água, a coleta pública de lixo ocorre em 98,02% das moradias, como também 98,84% delas apresentam energia elétrica e 88,85% utilizam fossa como destino do esgoto, não existindo sistema de esgoto municipal.

Na área da saúde, o município apresenta Gestão Plena em Atenção Básica, pertencente à Regional de Saúde de Itajaí. A rede pública de saúde apresenta 6 unidades sanitárias, distribuídas nos bairros Centro, Morretes, Meia Praia, Sertão do Trombudo, Ilhota e Sertãozinho. Apresenta também uma ambulância. A rede privada é formada por 5 consultórios de medicina geral, 2 consultórios de pediatria, 2 consultórios de oftalmologia, 4 laboratórios de análises clínicas e 10 consultórios odontológicos. A rede hospitalar é formada por um hospital privado com 27 leitos.

Atualmente, a rede municipal recebe como verba federal destinada à saúde, um montante mensal de R\$ 52.632,07 (referente à março/2001)²⁰, dividido da seguinte maneira :

- PAB fixo – R\$ 17.225,00;
- PACS – R\$ 7.333,03;
- PSF – R\$ 22.500,00;
- Programa Vig. Sanitária – R\$ 430,60;
- Incentivo às Ações Comb. Car. Nutricionais – R\$ 787,50;
- Farmácia Básica – R\$ 1.722,42;
- Epidemiologia e Controle Dças – R\$ 2.633,22.

Na administração municipal atual encontra-se o prefeito Clóvis José da Rocha, pertencente ao PFL (Partido da Frente Liberal), que assumiu o cargo em 01 de janeiro de 2001.

Em relação ao Programa Saúde da Família, este foi implantado a partir de junho de 2000, na administração do prefeito anterior Magnus Francisco A. Guimarães, do PDT (Partido Democrático Trabalhista). Foi implantado conjuntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a princípio com 4 Equipes de Saúde da Família (ESF), cada uma com 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem e 8 agentes comunitários de saúde. Foram escolhidos os bairros periféricos para a implantação das equipes iniciais, com a seguinte população estimada :

- Unidade do bairro Morretes : 921 famílias ou 3.686 pessoas;
- Unidade do bairro Tabuleiro : 1.421 famílias ou 4.263 pessoas (cobre os bairros Tabuleiro, Sertão do Trombudo e Vársea);
- Unidade do bairro Sertãozinho : 998 famílias ou 3.992 pessoas (cobre os bairros Sertãozinho, Alto São Bento e Areal);
- Unidade do bairro Ilhota : 748 famílias ou 2.994 pessoas (cobre os bairros Ilhota e Canto da Praia).

Com o incentivo federal de R\$ 50.000,00 referente a implantação do PSF, foi construído uma quinta unidade de saúde da família no bairro Meia Praia, durante o ano 2000, passando a um total de 5 Equipes de Saúde da Família naquele mesmo ano.

Durante todo o período de existência do programa muitas foram as mudanças ocorridas em nível gerencial e de recursos humanos, porém manteve-se atuante e funcionando plenamente até os dias atuais, e será objeto de estudo deste trabalho.

4. MÉTODO

Este trabalho se constitui em um estudo de caso do Programa Saúde da Família (PSF) no município de Itapema, realizado com base em uma abordagem descritiva.

A fase inicial de desenvolvimento do trabalho consistiu em formar um relatório que espelhasse o programa em suas características mais importantes. Baseado em pesquisa bibliográfica e documental^{4,5,6,7,8,20}, formulou-se um questionário (Anexo 1) que visa a obtenção de dados necessários a uma avaliação inicial do programa. Para chegarmos às suas respostas, os meios utilizados foram os seguintes :

1) Entrevista a informantes-chave^{2,8}, a saber :

- 1.1. Entrevista com a atual Coordenadora Municipal do PSF do município (Walkíria Pinto de Azevedo);
- 1.2. Entrevista com o Diretor Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde do município do ano 2001 (Juarez César Pereira);
- 1.3. Entrevista com o Coordenador Municipal do PSF do município durante o ano 2000 (Pedro Paulo Bertemes);
- 1.4. Entrevista com o diretor de cada Equipe de Saúde da Família (ESF) do município.

Obs. : Estas entrevistas foram realizadas entre abril e maio de 2001.

- 2) Obtenção e análise do Projeto de Implantação do PSF do município⁹;
- 3) Obtenção e análise dos dados do SIAB (Sistema de Informações em Atenção Básica) do município, referente aos meses de agosto/2000 a março/2001¹⁹;
- 4) Pesquisa em base de dados do DATASUS²⁰;

- 5) Pesquisa em base de dados IBGE 2000¹⁸;
- 6) Pesquisa em base de dados da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina²¹.

Após a obtenção das respostas ao questionário, formulou-se o relatório acima citado, e diante deste, iniciou-se o processo de avaliação do programa. Tomando-se por base as normas para implantação do programa preconizadas pelo Ministério da Saúde⁴ e pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina²², além de outras referências^{8,13,20}, buscou-se evidenciar características relevantes encontradas no PSF deste município.

A etapa seguinte consistiu em formular estratégias direcionadas a alterar as imperfeições encontradas no programa, no intuito de melhorar sua eficiência. Nesta etapa, além das bibliografias utilizadas na etapa anterior, é acrescido a Revista de Saúde da Família⁶, onde encontramos exemplos de municípios que obtiveram resultados excelentes com a implantação do PSF, utilizando-se destas experiências como auxiliares em nossa formulação da proposta de mudança.

5. RESULTADOS

Itapema, pertencente ao Distrito Sanitário de Blumenau e Regional de Saúde de Itajaí, encontra-se habilitado no Sistema Único de Saúde na Gestão Plena da Atenção Básica.

Sua localização geográfica no Estado de Santa Catarina está demonstrada no Anexo 2.

Segundo censo do IBGE, realizado no ano de 2000, sua população atual é de 25.857 habitantes, com uma taxa de crescimento anual de 9,14%. Apresentando uma área total de 87 Km², sua densidade demográfica atinge 297 habitantes/Km². Seu PAB fixo anual para 2001 é de R\$ 206.700,00, constituindo um valor *per capita* de R\$ 7,99 *. Ao adicionarmos os valores da parte variável do PAB, constituídos dos valores de incentivo ao PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), Vigilância Sanitária, Carência Nutricional (SISVAN), Farmácia Básica e Epidemiologia e Controle de Doenças, programas estes existentes no município, o valor *per capita* de transferência de recursos federais atinge o montante de R\$ 24,42.

As principais causas de óbitos no município, durante o ano de 1998, são demonstradas na Tabela I.

* Considerando a população estimada pelo IBGE no ano 2000.

Tabela I - Principais causas de óbitos (% do total de óbitos) no município de Itapema, e sua relação com o Estado de Santa Catarina e Brasil durante o ano de 1998.

Causas	Itapema	Santa Catarina	Brasil
Doenças do Ap. Circulatório	28,8	29,0	27,6
Neoplasias	22,9	15,0	11,9
Causas Externas	18,6	11,5	12,7

Fonte : SIM/SINASC

Os coeficientes de mortalidade, durante o ano de 1998, de algumas causas selecionadas são demonstradas na Tabela II:

Tabela II – Coeficiente de mortalidade (óbitos/100.000 habitantes) de algumas causas selecionadas, referente ao ano de 1998, do município de Itapema, Estado de Santa Catarina e Brasil.

Causas	Itapema	Santa Catarina	Brasil
Infarto Agudo do miocárdio	46,2	39,5	35,8
Doenças cerebrovasculares	71,8	58,4	51,6
Diabetes mellitus	20,5	17,9	17,5
Acidentes de transporte	61,5	28,4	19,2

Fonte: SIM/SINASC

A porcentagem da população internada durante o ano de 1999 foi de 5,8%, enquanto no Estado de Santa Catarina esta número é de 8% e no Brasil 7,3%. As principais causas de internação hospitalar neste mesmo ano estão demonstradas na Tabela III.

Tabela III – Principais causas de internação hospitalar (% das internações) do município de Itapema durante o ano de 1999.

Causas	Itapema	Santa Catarina	Brasil
Gravidez: parto e puerpério	36,5	22,4	25,7
Doenças do aparelho respiratório	23,3	18,7	16,5
Doenças do aparelho digestivo	16,8	9,3	8,4

Fonte: SIH/SUS

No ano de 1999, a rede ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde obteve uma taxa de 1,3 consultas/habitante, enquanto no Estado de Santa Catarina este número foi de 1,1 consultas/habitante e no Brasil de 1,2 consultas/habitante.

O Programa de Saúde da Família do município de Itapema inicia suas atividades a partir de junho/2000, após elaboração do projeto e sua aprovação junto ao Conselho Municipal de Saúde. Foram implantadas 4 Equipes de Saúde da Família (ESF) nas regiões de menor nível sócio-econômico e onde supostamente estariam os maiores índices de morbimortalidade, sem, entretanto haverem dados confiáveis para justificar tal escolha.

O município recebe a quantia de R\$ 50.000,00 referente ao incentivo federal à implantação das Equipes de Saúde da Família. Este valor, pago em duas parcelas nos meses de junho e julho de 2000, transferido ao Fundo Municipal de Saúde, foi destinado à construção de uma nova Unidade de Saúde no bairro Meia Praia, passando o município a apresentar 5 Equipes de Saúde da Família (ESF), ficando apenas a região do Centro sem cobertura pelo programa.

Sua meta inicial era atingir cerca de 4.088 famílias ou 14.935 pessoas, o que cobriria 74,36% da população^{*}. Após o cadastramento das famílias, realizado

* Durante o ano 2000, sua população estimada era de 20.086 habitantes, conforme dados do IBGE

pelos agentes comunitários de saúde (ACS), havia um total de 15.774 pessoas cobertas pelo programa, o que totalizava 78,53% de cobertura populacional.

Durante o mês de junho/2000 foi realizado treinamento introdutório aos médicos e enfermeiros atuantes no PSF, realizado pela Regional de Saúde de Itajaí.

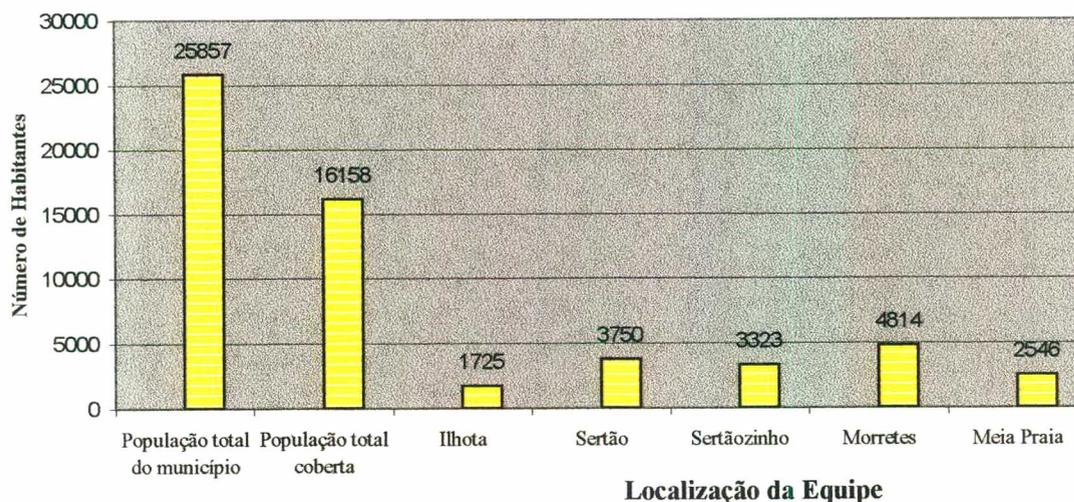
É transferido da esfera federal, mensalmente, durante o 2º semestre de 2000, o montante de R\$ 22.500,00 referente ao PSF e R\$ 7.333,00 referente ao PACS, recursos estes que mantiveram o setor saúde atuante neste período, pois o governo municipal passava por intensa dificuldades orçamentárias e apenas os funcionários vinculados ao programa estavam com seus salários em dia. Mesmo assim muitas alterações ocorreram, como a troca freqüente de médicos, enfermeiros e principalmente ACS, como também a transferência da ESF do bairro Tabuleiro para o bairro Sertão.

Atualmente o Programa de Saúde da Família está composto por 5 Equipes de Saúde da Família (ESF), localizadas nos bairros Ilhota, Sertão, Sertãozinho, Morretes e Meia Praia. Suas localizações e abrangência territorial são demonstradas no Anexo 3.

A distribuição do número de habitantes cobertos por cada ESF é demonstrada na Figura 1.

Figura 1

Distribuição do número de habitantes cobertos por cada Equipe de Saúde da Família do município de Itapema no ano de 2001



A composição das ESF, de acordo com a categoria de profissionais existentes, é demonstrada na Tabela IV.

Tabela IV – Composição do quadro de profissionais das ESF do município de Itapema, de acordo com a categoria profissional, em março de 2001.

Equipe	Médico	Enfermeiro	Aux. Enfer.	ACS	Outros*
Ilhota	1	1	2	7	1
Sertão	1	1	2	8	2
Sertãozinho	1	1	2	7	1
Morretes	1	1	2	8	2
Meia Praia	1	1	2	8	2

Fonte : Secretaria Municipal de Saúde de Itapema, 2001.

* Inclui recepcionista e/ou faxineira.

O contratação dos profissionais do PSF é foi realizada através de entrevista, e o contrato é realizado “por prazo determinado” de seis meses. Cada funcionário tem uma carga horária de 40 horas semanais. Os valores de cada categoria profissional é demonstrado na Tabela V.

Tabela V – Salários pagos aos profissionais do PSF de Itapema, de acordo com a categoria profissional, no mês de março de 2001.

Categoria	Salário
Médico	R\$ 2.500,00
Enfermeiro	R\$ 1.500,00
Aux. Enf.	R\$ 500,00
ACS	R\$ 200,00

Fonte : Secretaria Municipal de Saúde de Itapema, 2001.

Atualmente, os recursos para o funcionamento do programa são obtidos do repasse de verbas federais feitas diretamente ao Fundo Municipal de Saúde, no valor de R\$ 22.500,00 para o PSF e R\$ 7.333,00 para o PACS. Parte do PAB Fixo também é utilizado para complementar o salário dos funcionários e manter os gastos gerais das Unidades de Saúde. Foram disponibilizados, entre janeiro e março de 2001, como recursos destinados a compra de medicamentos, um valor mensal de R\$ 836,00 pagos pelo município, somados a R\$ 1.735,00 do governo federal e R\$ 836,00 recebidos do governo estadual em medicamentos.

O município apresenta uma cota de R\$ 3.500,00 em exames de baixo custo (como hemograma, PU, etc.) mensais, financiados pelo SUS, e um convênio da Secretaria de Saúde com um laboratório municipal onde são disponibilizados mais R\$ 2.500,00 mensais em exames de baixo custo.

Os medicamentos listados no questionário estavam disponíveis na rede municipal de saúde, porém não em todas as unidades. Quanto aos exames de baixo custo, estes não estão disponíveis totalmente, sendo solicitado aos médicos, a partir do mês de fevereiro, que diminuíssem o número de pedidos de exames, pois estava-se ultrapassando do valor total dos recursos destinados aos exames.

Para o encaminhamento dos pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família, existem alguns especialistas que atendem no Centro de Saúde do bairro Centro (chamado Posto Central). As especialidades existentes são : Ortopedia, Cardiologia, Ginecologia e Pediatria. Cada especialista atende cerca de 15 consultas ao dia, agendadas no dia anterior. Para as outras especialidades, é preenchido o documento denominado TFD (Tratamento Fora do Domicílio) na Unidade de Saúde da Família, e o paciente é encaminhado ao Posto Central, onde uma funcionária é encarregada de agendar as consultas nos municípios vizinhos como Itajaí e Balneário Camboriú. Os exames de alto custo também são realizados através da TFD. Para um grande número de pacientes não se consegue vaga para agendar sua consulta ou exame de alto custo. As internações são realizadas através da AIH (Autorização para Internação Hospitalar), dispondo o município de 137 AIH por mês, sendo os pacientes encaminhados aos hospitais de Itajaí ou Balneário Camboriú, pois não há convênio do Hospital do município com o SUS nem com a prefeitura municipal.

A participação da comunidade nas decisões referente ao programa é realizada através do Conselho Municipal de Saúde, existente desde 1998. Durante o ano de 2001, o Conselho não se reuniu em nenhum momento.

Em todas as Unidades de Saúde da Família, conforme relato dos membros das equipes, são disponibilizados serviços de visita domiciliar, grupos terapêuticos, internação domiciliar e ações educativas, porém são realizados de forma esporádica, sem datas definidas, realizados geralmente pelo enfermeiro,

conforme é verificado sua necessidade. Os serviços de pequenas cirurgias não são realizados nas unidades do bairro Meia Praia e Morretes, por falta de equipamentos e ambiente físico adequado. As vacinas estão disponíveis nas USF somente nos períodos de campanha de vacina nacional. De forma rotineira estas estão disponíveis no Posto Central. Os casos de tuberculose e hanseníase não são tratados nas USF, sendo encaminhados para Itajaí.

A organização da demanda espontânea é semelhante em todas as Unidades de Saúde da Família. É realizada através de agendamento de consultas, sendo disponibilizado 12 consultas para o período da manhã e 12 consultas para o período da tarde. Este agendamento é realizado no dia anterior à consulta. Para os atendimentos de emergência são disponibilizadas 4 consultas para o período da manhã e 4 para o período da tarde. As Unidades funcionam das 8:00 – 12:00 hs. e das 13:00 – 17:00 hs., de segunda a sexta-feira.

A única USF que neste ponto se diferencia das demais é a localizada no bairro Morretes, pois apresenta uma agenda das atividades semanais, organizada da seguinte forma :

- segunda-feira à sexta-feira pela manhã : 8 consultas agendadas e 4 consultas de emergências;
- segunda-feira à tarde : consultas de retorno e pedidos de receitas;
- terça-feira à tarde : reunião e consultas com gestantes;
- quarta-feira à tarde : reunião e consultas com hipertensos;
- quinta-feira à tarde : reunião de planejamento com todos os membros da equipe;
- sexta-feira à tarde : reunião e consultas com diabéticos.

A mudança freqüente no quadro de profissionais é ponto constante do programa. Dos 5 médicos que atuam nas USF, apenas 2 mantiveram-se desde seu início e os demais foram contratados a menos de 2 meses (a partir de fevereiro de 2001). Entre os enfermeiros, apenas 1 encontra-se desde o início da

implantação do programa, sendo todos os demais contratados no ano de 2001. A troca de agentes comunitários de saúde no PACS ocorre com grande frequência, principalmente durante a transferência da administração municipal entre 2000 e 2001, quando praticamente todo o quadro de agentes foi substituído. O coordenador municipal do PSF e o secretário municipal de saúde também foram substituídos nesta transição governamental.

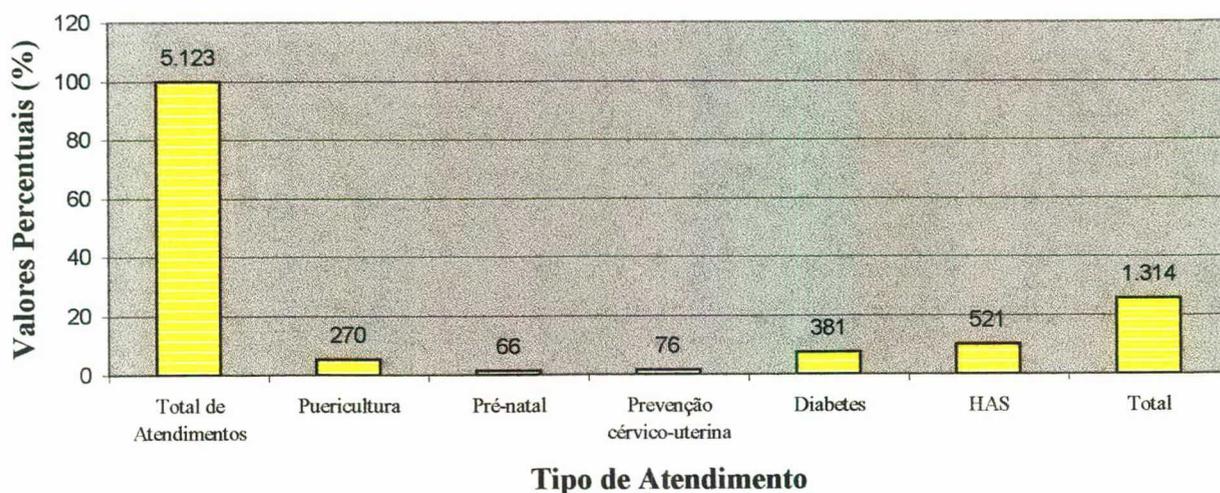
O planejamento do programa em âmbito municipal é realizado através de reuniões entre a coordenadora municipal do PSF, o Secretário Municipal de Saúde e, por vezes, o prefeito municipal, realizadas sem datas definidas. Em âmbito local (em cada Unidade de Saúde da Família), apenas a unidade do bairro Morretes, conforme citado anteriormente, apresenta reuniões semanais para avaliação e planejamento das ações, onde são discutidos basicamente a organização dos serviços, porém sem a utilização de qualquer sistema de informação local. As demais unidades não apresentam métodos de avaliação dos serviços prestados, sendo o planejamento realizado pelo enfermeiro da unidade, também sem a utilização de sistema de informação.

O município utiliza o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIAB) disponibilizado pelo Ministério da Saúde, para a coleta de dados referentes ao programa. No Posto Central há um funcionário treinado pela Regional de Saúde de Itajaí que sumariza os dados e os envia mensalmente à esta Regional.

Utilizando este mesmo sistema, pudemos disponibilizar os dados referentes ao total de atendimentos realizados entre janeiro e março de 2001, como também especificar o número de alguns tipos de atendimentos selecionados, considerados essenciais na promoção à saúde da população, demonstrado na Figura 2.

Figura 2

Distribuição de alguns atendimentos de prevenção no PSF de Itapema/SC em relação ao total de atendimentos no período de janeiro a março/2001



Em todas as USF existe mapa da região de cobertura desta, cada qual dividido em 8 microáreas. O registro dos pacientes é feito através de prontuário individual, em todas as USF.

Quanto ao treinamento profissional, observamos que na USF da Meia Praia a enfermeira apresenta curso de treinamento introdutório realizado pela Regional de Saúde de Florianópolis; na USF do Morretes, médico, enfermeiro e um agente comunitário de saúde tiveram um curso de DST realizado pela Regional de Saúde de Itajaí. Os 2 médicos que encontram-se desde o início do programa tiveram treinamento introdutório. Nas demais USF não houve nenhuma forma de capacitação dos seus profissionais.

As principais dificuldades relatadas pelos responsáveis de cada USF são a falta de condução para locomoção no território de cada unidade, a dificuldade para referir os pacientes ao nível secundário e terciário, a excessiva demanda espontânea e finalmente os baixos salários.

6. DISCUSSÃO

A análise dos indicadores demográficos revelou que Itapema apresenta uma grande densidade demográfica associada a uma taxa de crescimento anual muito elevada. Isto repercute de forma importante no setor saúde, pois aumenta progressivamente a demanda de usuários.

Os dados de infra-estrutura municipal, educação e renda familiar, apesar de escassos e algumas vezes provindos de fontes de confiabilidade duvidosa, não revelaram características significantes, comparativamente aos outros municípios do Estado.

Os indicadores de morbimortalidade disponíveis revelaram altos índices de mortalidade de doenças como infarto agudo do miocárdio, diabetes melitus, doenças cerebrovasculares e acidentes de transporte, comparativamente com dados do Estado e Brasil. Como em sua essência são causas passíveis de prevenção através de mudança no estilo de vida e educação, ratificam que uma adequada atenção primária à população se tornaria promissora na melhora dos índices de morbimortalidade municipal. Em 1999, ao atingir 1,3 consultas/habitante, Itapema apresentou valores maiores que a média de Santa Catarina e nacional. Portanto, a principal mudança necessária, mais do que um aumento no número de consultas, era uma melhora na qualidade dos serviços prestados.

No setor saúde, encontramos uma rede pública instalada que, diante da condição municipal de Gestão Plena em Atenção Básica, e considerando que praticamente todas as USF trabalham dentro do limite de pessoas prevista a cada unidade, pode ser considerada como suficiente em fornecer um atendimento adequado em nível primário. Entretanto, tal afirmação só será

confirmada após revisão do número de habitantes existentes em cada região, conforme será discutido adiante, pois poderá ser necessário a disponibilização de novas Unidades Sanitárias para fornecer uma cobertura adequada, com um número ideal de pessoas adscritas por cada unidade.

O PSF do município, de acordo com a população cadastrada e o número total de habitantes, revelada pelo IBGE no ano de 2000, apresenta uma cobertura populacional de 62,4%. Como o município enquadra-se com uma cobertura populacional acima de 70%, recebendo a quantia de R\$ 54.000,00 por cada equipe, observamos uma cobertura abaixo desta expectativa. É necessário uma adequação da estrutura e/ou organização do programa de maneira a atingir uma cobertura acima de 70%, necessário para a manutenção dos recursos destinados ao PSF.

Ao observarmos a Figura 1, encontramos que no bairro Morretes existe uma população cadastrada acima do limite de 4.500 pessoas definido pelo Ministério da Saúde. Nas demais USF a distribuição do número de habitantes adscritos a cada Unidade de Saúde da Família (USF) apresenta-se de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde. Nesse ponto, uma observação importante, é que o número de habitantes cadastrados no SIAB não aumentou de janeiro a março de 2001, pois não se realizou uma atualização cadastral dos habitantes neste período. Portanto, considerando a alta taxa de crescimento populacional do município, acreditamos que esteja subestimada a população total de habitantes cobertos por cada ESF.

A composição do quadro de profissionais das ESF apresenta-se, em todas as unidades, com um número maior de funcionários que os requeridos pelo Ministério da Saúde, decorrente da incorporação de 2 auxiliares de enfermagem ao invés de 1 auxiliar, exigido pelo MS. O número de agentes comunitários de saúde variou de 7 a 8 em cada equipe; sendo a recomendação do MS para que haja de 4 a 10 agentes para cada unidade. Considerando também o alto índice de

densidade demográfica do município, avaliamos que o número de agentes é adequado para a operacionalização do programa. Porém, ao considerarmos que a partir de 01 de janeiro de 2001 o Ministério da Saúde disponibiliza a inclusão de Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, inferimos que sua falta nas Unidades de Saúde da Família desperdiça uma oportunidade valiosa de ampliar a assistência com ações de saúde bucal, importante na busca da integralidade e universalidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, os municípios são reconhecidos como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde da sua região.

Acredita-se que um planejamento/programação estratégica em saúde, que atenda às reais necessidades de saúde da população, é característica fundamental para a eficiência do programa¹².

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina assim se pronuncia em relação ao trabalho das ESF:

O trabalho rotineiro deve ser planejado, priorizando as atividades, definindo metas e avaliando resultados. O trabalho na Equipe de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde foge da rotina repetitiva, ele enriquece tecnicamente os profissionais e produz melhores resultados sociais.

O processo de planejamento deve ser dinâmico e acompanhar as mudanças ocorridas na comunidade, de forma a adequar as atividades às reais necessidades locais. Dessa forma, é preciso programar o acompanhamento e a avaliação do impacto das ações sobre a realidade diagnosticada inicialmente⁴.

Esse processo, apesar da sua importância acima referida, mostrou-se de forma incipiente no PSF de Itapema. Dos resultados obtidos sabe-se que apenas

uma equipe realiza reuniões semanais para planejamento e avaliação das suas ações. Nas demais equipes, este planejamento, se realmente existir, é realizado unicamente pelo enfermeiro de cada unidade, sem a definição clara das metas a serem atingidas.

Dentre as recomendações do Ministério da Saúde, inclui-se o uso do Sistema de Informações em Atenção Básica (SIAB) como instrumento de planejamento e avaliação das atividades do programa. Em nenhuma das ESF é utilizado este sistema para esta finalidade.

Cabe aqui discutirmos a respeito dos dados do SIAB, obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Itapema, referente aos meses de janeiro a março/2001. Observamos que sua confiabilidade é até certo ponto desacreditada, ao observarmos algumas contradições e incorreções ali presentes, podendo citar-se :

- presença de 8,72% da população com sistema de esgoto, sendo que o município não apresenta sistema de esgoto;
- grande variação no número de consultas de prevenção cérvico-uterina sem nenhuma explicação aparente;
- a não inclusão de encaminhamentos feitos ao Centro de Saúde do Centro no item encaminhamentos;
- a grande variação de gestantes, diabéticos, hipertensos e famílias cadastradas, com uma diminuição significativa e inexplicável de seus números no mês de fevereiro de 2001.

A utilização das “doenças referidas” do SIAB como indicadores de saúde da comunidade é ineficiente, pois geralmente encontramos ali dados subestimados da morbidade local, conforme acontece com os dados existentes no SIAB do município.

A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando

elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Assim, as informações em saúde devem abranger as relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, todas essenciais ao processo de tomada de decisão no setor²³.

Portanto, a falta de um Sistema de Informações adequado e/ou informações coletadas incorretamente é um fator que prejudica um adequado planejamento das ações em saúde em Itapema, pois, afinal, informação de má qualidade informa tanto quanto a ausência de informação.

A capacitação profissional e a educação continuada dos profissionais atuantes no programa faz-se de forma insuficiente e irregular, onde encontramos algumas unidades que não tiveram disponibilizadas nenhuma forma de treinamento. Ao almejarmos uma assistência à saúde de qualidade, devemos prever constante aperfeiçoamento e atualização dos conhecimentos dos membros atuantes nas equipes.

A organização dos serviços das USF mostrou-se extremamente vinculado ao atendimento da demanda espontânea. Apenas uma unidade apresenta uma agenda de atividades voltadas para serviços de prevenção. Na figura 2 observamos que os atendimentos preventivos selecionados representam apenas 25,64% das consultas médicas. As reuniões de grupos terapêuticos são realizadas de forma esporádicas na maioria das unidades.

Entretanto, o PSF deve trabalhar numa lógica de vigilância à saúde, com prioridade de ações preventivas individuais e na identificação de fatores determinantes/condicionantes pelo aparecimento ou agravamento das doenças na comunidade, com o objetivo final de integralidade das ações.

Nos três primeiros meses de 2001, realizou-se um total de 5.123 consultas médicas para uma população adscrita de 16.158 pessoas, revelando que a mudança deve ocorrer não em número, mas sim em qualidade de atendimento e organização dos serviços.

O sistema de referência e contra-referência municipal, é outro fator que chama a atenção, ao vermos que muitos pacientes não conseguem atingir o nível secundário de atenção. Os baixos índices de encaminhamento, após entrevista aos médicos das equipes, revelaram-se não serem decorrentes de uma alta resolutividade, mas conseqüência de uma freqüente dificuldade para obter sucesso no referenciamento dos pacientes. Observamos na Tabela III uma alta porcentagem de parto e puerpério como causas de internação hospitalar, sugerindo ser decorrente de um menor número de internações por outras causas, refletindo a dificuldade de referenciamento acima citada.

Para garantir a função do PSF como “porta de entrada” do sistema de saúde, provendo a universalidade de acesso aos serviços de saúde, deve ser reorganizado, no plano municipal e intermunicipal, o sistema de referência e contra-referência de Itapema.

A participação da sociedade no processo de formulação de políticas de saúde e no controle de sua execução, ademais de representar um direito garantido pela Constituição Federal de 1998, é um aspecto decisivo para a consolidação do PSF, pois se constitui num fator de engajamento maior com as atividades efetuadas e valorização das conquistas idealizadas^{11,12,24}. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, para ter êxito em seu trabalho, as equipes do PSF e do PACS devem contar obrigatoriamente com a participação ativa da comunidade que ela atende. Não é possível fazer o chamado diagnóstico de saúde da comunidade, priorizar problemas ou avaliar os resultados sem a participação da comunidade²². Ao definir as normas de funcionamento do PSF, o Ministério da Saúde assim se posiciona:

pressupõe uma grande interação com a comunidade, para o conhecimento da sua realidade, definição de prioridades, desenvolvimento de ações

individuais e coletivas, que promovem a qualidade de vida na direção do município saudável.¹⁷

Em nível municipal, a participação popular ocorre principalmente através dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e/ou Conselhos Locais de Saúde, espaços políticos públicos onde são representados, formal e publicamente, os interesses dos representantes da população. São instâncias deliberativas e paritárias onde se dá a relação entre os representantes dos usuários e do setor dos prestadores¹³. O envolvimento dos CMS é uma das diretrizes da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina para implantação/implementação do PSF.

Pressupomos, no município de Itapema, uma significativa falta de participação dos cidadãos nas ações do setor saúde, visto que durante o ano de 2001, em nenhum momento o Conselho Municipal de Saúde (CMS) se reuniu, não existindo no município nenhuma outra forma organizada de participação da sociedade nas ações do PSF.

Consideramos que o CMS, além de satisfazer exigências legais para o financiamento das ações e serviços no nível local (pois representa condição para o recebimento de recursos da União para a saúde), deve ser um representante legítimo dos diversos segmentos da sociedade, efetivando o exercício do controle social.

Os conselheiros, ao participar de instâncias que exigem discussões de conteúdo técnico e exercerem um papel crítico em relação ao poder executivo, necessitam de capacitação, de forma a evitarem sua dependência em relação aos técnicos da secretaria de saúde.

Deve-se criar mecanismos para participação ativa do CMS, ou de outras formas de representação popular, em todas as etapas de planejamento do programa, de forma a explicitar seu papel de elemento propulsor de formas administrativas novas e mais democráticas.

A concepção de integralidade e vínculo com a comunidade, são variáveis introduzidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde⁸ e incorporadas ao PSF, conforme determina o Ministério da Saúde:

O PSF tem como pressuposto uma atuação diferenciada, onde o vínculo, a co-responsabilidade e o sentimento de pertencer à comunidade são traduzidos em valorização profissional.¹⁷

O vínculo com a população também figura entre os objetivos específicos da política de Equipe de Saúde da Família da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina : humanizar as práticas de saúde, estabelecendo vínculos entre os profissionais de saúde e a população.

Na Norma Operacional Básica 01/96 ao referir que o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque à saúde do modelo atual, considera a incorporação de vínculos da equipe de saúde com a comunidade como uma prática que favorece e impulsiona as mudanças no sistema¹⁴.

Neste sentido, o agente comunitário de saúde funciona como um elo de ligação permanente da ESF com as famílias e a comunidade em geral⁴.

A adscrição da clientela é importante, pois deixa explícito o compromisso da equipe de saúde ou agente comunitário com uma comunidade/população conhecida¹⁹. O envolvimento do profissional de saúde com a comunidade com o qual trabalha é, obviamente, fator essencial para o estabelecimento de vínculo.

Neste sentido, a considerável rotatividade de profissionais ocorrida no PSF de Itapema desde sua implantação, é um fator que não favorece o estabelecimento da integração entre os membros das equipes de saúde e a população à ela adscritas. A forma de contratação profissional existente no programa, através de contrato “por prazo determinado” causa uma situação de

instabilidade profissional, gerando insegurança tanto nos membros que integram as equipes como na população.

Os baixos salários pagos pelo PSF de Itapema, proporcionalmente aos programas de outros municípios nacionais, onde a remuneração bruta paga aos médicos do PSF atinge R\$ 3.267,00⁷ e dos enfermeiros R\$1.442,00, é outra variável que influencia a rotatividade dos profissionais do programa, especialmente médicos.

O financiamento do Programa de Saúde da Família no município, mostrou-se praticamente vinculado apenas aos recursos federais repassados ao programa. Considerando o princípio destes recursos serem apenas um “incentivo” do governo federal para a implantação e funcionamento do PSF, chama-nos atenção a relativa falta de investimento municipal em um programa que tem a pretensão de atingir acima de 70% de sua população. Sabemos, conforme a Emenda Constitucional nº 29, de setembro 2000, que os municípios devem aplicar no mínimo 7% de sua arrecadação líquida de impostos no setor saúde. Portanto, verificamos a necessidade do município aplicar maior quantia de recursos próprios no programa e priorizá-lo como uma real estratégia para reorganização da assistência à saúde no município.

7. CONCLUSÕES

O presente estudo não pretendeu analisar o impacto do PSF no município, pois não foram comparados dados antes e após a implantação do programa, decorrentes de uma relativa falta de informações destes períodos como também da muito recente implantação do programa.

Sua análise, através de um estudo transversal, baseou-se na verificação de sua forma organizativa/estrutural comparativamente aos preceitos aceitos como ideais e preconizados pelos órgãos governamentais. Nesta avaliação, devemos considerar a recente transição governamental ocorrida no início do ano 2001, de forma que o programa encontra-se em fase de transformações, onde muitos dos aspectos encontrados encontram-se em fase de remodelação. Desta forma, propomos alterações que visam a uma melhoria das ações do programa, no intuito de auxiliar a reformulação do PSF do município.

Após análise dos dados obtidos, pudemos chegar a alguns aspectos do programa que teoricamente, comparando-se com bibliografias adequadas referentes ao tema, impedem a obtenção de resultados satisfatórios :

- 1) Ausência de um banco de dados de informações em saúde adequado;
- 2) Falta de uma definição dos reais problemas das comunidades e de um planejamento adequado das ações;
- 3) Participação popular insuficiente;
- 4) Treinamento e educação continuada insuficiente;
- 5) Organização incorreta das rotinas de trabalho promovidas pelas equipes;
- 6) Vínculo insuficiente da equipe com a população;
- 7) Falta de uma organização adequada do sistema de referência e contra-referência;

- 8) Provisão insuficientes de recursos da esfera municipal;
- 9) Cobertura populacional abaixo do percentual esperado;
- 10) Ausência de implantação de Equipes de Saúde Bucal.

A organização de um Sistema de Informações com informações adequadas poder ser considerado como um passo inicial para a reformulação do programa. Podemos utilizar o já existente Sistema de Informações Ambulatoriais (SIAB), porém, recomendamos, após treinamento adequado dos membros das equipes do PSF e do PACS para o preenchimento adequado das informações, um recadastramento das famílias, de forma a oferecer corretamente a distribuição e característica da população adscrita a cada equipe.

Dessa forma, ao sabermos corretamente a porcentagem de cobertura populacional alcançada pelo programa, como também o número de pessoas cobertas por cada equipe, poderemos decidir a necessidade de reorganização da abrangência das equipes ou a implantação de novas Equipes de Saúde da Família, no sentido de alcançarmos os 70% de cobertura populacional a que o município está enquadrado como também manter cada unidade com um número de habitantes adscritos dentro do limite de 4.500 pessoas exigido pelo Ministério da Saúde.

O Sistema de Informação proporcionará um mecanismo importante para a etapa seguinte, que será planejamento das ações, baseado também na coleta de outras informações disponíveis do município (como os dados provenientes da Vigilância Epidemiológica), visando o conhecimento global, como também por território, dos principais problemas de saúde da população, proporcionando definir ações prioritárias, a serem realizadas pelas Equipes de Saúde da Família.

Convém aqui lembrar, que em todo este processo deve ser incluído a participação popular na decisão dos problemas mais relevantes e escolha dos meios para solução dos mesmos. Aqui, devemos reorganizar o Conselho

Municipal de Saúde, incluindo datas específicas e periódicas para realizar suas reuniões. Este deve ter mecanismos claros para participar das decisões dos rumos do programa como também fiscalizar as ações promovidas. A disponibilização de cursos para capacitação dos conselheiros promoverá o desenvolvimento e a qualificação do Conselho de Saúde. A criação de Conselhos Locais de Saúde, em cada região das Equipes de Saúde da Família, articulado com o Conselho Municipal de Saúde, proporcionará uma aproximação mais efetiva da população no planejamento do PSF.

A organização dos serviços através da formulação de agendas semanais de atividades, com uma divisão equalitária de serviços preventivos e curativos, ações na unidade e na comunidade, ações individuais e coletivas, fornecerá uma rotina de trabalho mais adequado às necessidades da população. A organização de grupos de pacientes em todas as unidades, com datas específicas e periódicas, ajudará a “desafogá-las” da excessiva demanda espontânea. Deve ser disponibilizado em todas as unidades, as vacinas inclusas no calendário de vacinação do Estado como também os materiais para pequenas cirurgias, evitando o deslocamento das pessoas atrás de serviços que podem ser realizados na própria unidade.

A habilitação do município aos incentivos de saúde bucal no PSF, após contato com a Coordenação Estadual de Saúde Bucal e posterior implantação das Equipe de Saúde Bucal de acordo com as normas exigidas pelo Ministério da Saúde, proporcionará um avanço importante na assistência à saúde dos pacientes de cada unidade.

O maior investimento municipal no sentido de disponibilizar maior número de exames, permitindo sua racionalização voltada apenas à critérios clínicos, também colaboraria para aumentar a resolutividade do programa.

O estabelecimento de contratos mais estáveis com os membros das equipes auxiliará na permanência destes no programa, proporcionando oportunidade

para o estabelecimento de um melhor vínculo com a população. Também o aumento de seus salários é ponto indiscutível à um maior engajamento ao programa. Podemos atingir tal objetivo através da elaboração de contratos com períodos mais prolongados, com a participação de recursos municipais para aumentar seus valores. Outra opção, havendo disponibilização a nível local, de Entidade Não Lucrativa, é a contratação dos membros das equipes por estas Entidades, através de um termo de parceria com o município, criando-se um vínculo institucional mais apropriado.

Assim, com a estabilização do profissional do PSF, encontraremos campo propício para disponibilizarmos um programa de treinamento e educação continuada, a ser buscado junto à sua Regional de Saúde, e que através de seu Pólo de Capacitação, pode ser aplicado a estes profissionais.

Por fim, para estabelecer uma assistência universal ao paciente, é necessário a organização do sistema de referência e contra-referência municipal. No âmbito da referência interna, deve-se organizar o agendamento das consultas dos especialistas do Centro de Saúde do bairro Centro de forma a serem marcadas consultas somente após devido encaminhamento das Unidades de Saúde da Família, objetivando que estes profissionais atendam somente aos casos mais complexos da sua especialidade, não preenchendo sua agenda com consultas que podem facilmente serem resolvidas pelo médico da família. Para o referenciamento às outras especialidades que não existem neste Centro de Saúde, recomendamos a organização de consórcio intermunicipal com municípios vizinhos, proporcionando referência dos pacientes ao nível secundário e terciário. Outro ponto que deve ser lembrado é a presença, no município, de um hospital não conveniado ao SUS. A realização de um convênio com este hospital, proporcionando assistência hospitalar próximo da moradia das famílias, proporcionaria, certamente, uma melhoria nas condições de saúde da população de Itapema.

As mudanças propostas acima visam evitar que os serviços do PSF funcionem nos moldes de um ambulatório tradicional, voltado ao atendimento da demanda espontânea, com pouca resolutividade, sem organização de referência e contra-referência, além de considerável rotatividade de profissionais.

É preciso um esforço conjunto para que as ações de saúde tornem-se instrumento de efetiva promoção e prevenção à saúde. Implementar um Sistema de Saúde equânime, integral, universal e com ampla participação social é, no mínimo, uma tarefa complexa e demorada de alcançar.

Reconhecemos a necessidade de um maior aprofundamento em diversas questões que se apresentaram no decorrer deste estudo, que dependiam de mais especificidade e detalhamento, e que poderão ser elucidados em estudos futuros.

8. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição. Brasília: Senado Federal, Título VIII, cap. II, Seção II, 1988.
2. Aguiar DS. A saúde da família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma ?. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Mestre, 1998, 160 p.
3. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF) : uma proposta de avaliação. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998, v. 14, n. 2.
4. Neto MNC. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2000, 44p.
5. MS (Ministério da Saúde). Saúde dentro de Casa. Programa Saúde da Família. Brasília. Fundação Nacional de Saúde. 1994.
6. Revista Saúde da Família, Ministério da Saúde, Brasília, 2000, números 1 e 2.
7. Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família : Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2000, 65p.
8. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. Physis: Rev. Saúde Coletiva 1998; 8(2): 11-48.
9. Projeto de Implantação do Programa Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Itapema : Secretaria Municipal de Saúde, 2000.
10. Paim, A Reforma Sanitária e os Modelos : A Epidemiologia na Organização dos Serviços de Saúde, 1992.

11. Informação Básica para Gestores, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2000, 52 p.
12. Felisbino JE, Nunes EP. Saúde da Família : planejando e programando a saúde nos municípios. Editora Unisul. Tubarão, 2000, 100 p.
13. Pessoto UC, Nascimento PR, Heiman LS. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.
14. BRASIL, Ministério da Saúde (MS), 1996. Norma Operacional Básica 01/1996. Brasília: Ministério da Saúde.
15. BRASIL, Ministério da Saúde (MS), 1997. Portaria 1886/97. Brasília: Ministério da Saúde.
16. BRASIL, Ministério da Saúde (MS), 1997. Portaria 1882/97. Brasília: Ministério da Saúde.
17. BRASIL, Ministério da Saúde (MS), 2000. Abrindo a Porta para Dona Saúde Entrar. Brasília: Ministério da Saúde.
18. BRASIL-IBGE. www.ibge.gov.br/ibge/estatística/populacao/censo2000/
19. Base de Dados SIAB, Prefeitura Municipal de Itapema : Secretaria Municipal de Saúde, Janeiro a Março/2001.
20. BRASIL – DATASUS. www.datasus.gov.br/psf
21. BRASIL-Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. www.sc.gov.br
22. BRASIL-Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. Cartilha de Orientações da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina sobre PSF e PACS, Santa Catarina, 2000.
23. Branco MF. Sistemas de informação em nível local. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.
24. Viana ALD, Dal Poz MR. Reforma de Saúde no Brasil: programa de saúde família: a experiência de Cocal do Sul. Rio de Janeiro. UERJ/IMS. 1998. 23p. Estudos em Saúde Coletiva.

25. Divulgação para Saúde em Debate, Dez/2000. Londrina. Ed. Cebes.
26. Hortale VA, Conill EM, Pedroza M. Desafios na construção e um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998, 14p.
27. Lima APG. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998, 13 p.
28. BRASIL, Ministério da Saúde (MS), 2000. Portaria 1444/00. Brasília: Ministério da Saúde.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi digitado a partir da resolução nº 003/00 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da UFSC.

RESUMO

O presente estudo analisa a implantação e implementação do PSF no município de Itapema, por meio de um estudo descritivo realizado através de entrevista a informantes-chave e pesquisa de indicadores oficiais do município, no período de abril e maio de 2001.

Comparando-se os resultados obtidos com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, definimos suas características mais relevantes, onde chama-nos a atenção alguns problemas e incorreções como a ausência de um banco de dados adequado de informações em saúde, a falta de definição dos reais problemas da comunidade e planejamento adequado das ações, participação popular insuficiente, vínculo precário da equipe com a comunidade, treinamento e educação continuada insuficiente, serviços voltados para a demanda espontânea, sistema de referência e contra-referência pouco eficaz e provisão insuficiente de recursos da esfera municipal.

Por fim, baseado em revisão bibliográfica referente ao tema, propomos alterações que teoricamente proporcionariam melhores resultados ao programa. A organização do Conselho Municipal de Saúde e a criação de Conselhos Locais de Saúde com a capacitação de seus membros, a organização do Consórcio Intermunicipal, o recadastramento das informações em saúde, a introdução de Equipes de Saúde Bucal, a introdução do planejamento estratégico na organização dos serviços de saúde e o aumento dos recursos municipais destinados ao programa, são algumas das alterações recomendadas por este trabalho.

SUMMARY

In order to analyse the establishment of the Family Health Program at Itapema's municipal district, Santa Catarina, Brazil, it was made a descriptive study based on official local data and on interviews with local health authorities, collected between april and may, 2001.

We confronted the results with the goal proposed by Brazil's Health Ministry for Family Health Program, and we found some troubles. At Itapema, there is not a good data bank, or even an efficient system for collect health information, so there is not real knowledge about the community health problems. It results in inadequate planning for health service. There is a poor entailment between the health team and local population, and there is little popular participation in the Health Program. Preparation programs for the team are insufficient, too. The system for guiding patients to specialized care is ineffective, and there are insufficient financial resources from municipality for the Family Health Program.

We suggested some changes to reach better results: the municipal health council must be organized, and some local health councils can be created. It is necessary to provide training programs to the members of these councils. The relationship between Itapema and contiguous municipal districts about transferring patients must be organized. A good system for collect and store health statistics is needed, because it will allows strategic planning for municipal health care. The municipality must apply more financial resourses for the Family Health Program.

ANEXO 1

Questionário aplicado para obtenção dos dados

1º Etapa – Da Estrutura Geral :

- 1) Qual o tempo de existência do programa no município ?
- 2) Qual o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) que existe no município e em quais bairros estão ?
- 3) Qual o número de habitantes do município e qual a porcentagem de cobertura da população pelo programa ?
- 4) Qual o número de Agente Comunitários de Saúde(ACS) em cada região (ou ESF) ?
- 5) Quais os recursos alocados ao projeto : federais, estaduais, municipais e/ou privados. Quanto ? De que forma ?
- 6) Qual o tipo de gestão do município ?

2º Etapa – Da Operacionalização Geral :

- 1) Qual o critério para definição das áreas onde se implantou as equipes de PSF ?
- 2) As áreas territoriais estão definidas ?
- 3) Houve cadastramento das famílias ? Quem realizou ?
- 4) Qual a forma de participação da comunidade nas decisões relativas ao programa ?

- 5) Que tipo de capacitação profissional existe no programa ?
- 6) Como se organiza o sistema de referência e contra-referência ?
- 7) Qual a forma de planejamento e definição de metas ?
- 8) Qual o mecanismo de coleta de dados ? Houve treinamento para operacionalização do SIAB e análise de dados ?
- 9) Qual a forma de contratação profissional ?
- 10) Qual o tipo de contrato existente ?
- 11) Qual é a remuneração de cada tipo de funcionário do programa ?
- 12) Os exames listados abaixo estão disponíveis na rede ? Hemograma, TS, PU, PF, glicemia de jejum, uréia, creatinina, ácido úrico, VDRL, Rx simples, citopatologia de colo, cultura de fezes e urina, ECG, colposcopia, US Obstétrico;
- 13) Os medicamentos listados abaixo estão disponíveis na rede ? Contraceptivos, antiparasitários, sulfato ferroso, antitêrmicos, analgésicos, hipoglicemiantes orais, antibióticos, anti-hipertensivos, anti-micótico tópico;
- 14) Qual o mecanismo existente de avaliação e planejamento do programa ?
- 15) Quais os outros programas de saúde existentes no município ?

3º Etapa – Da Operacionalização em cada ESF (equipe de saúde da família) :

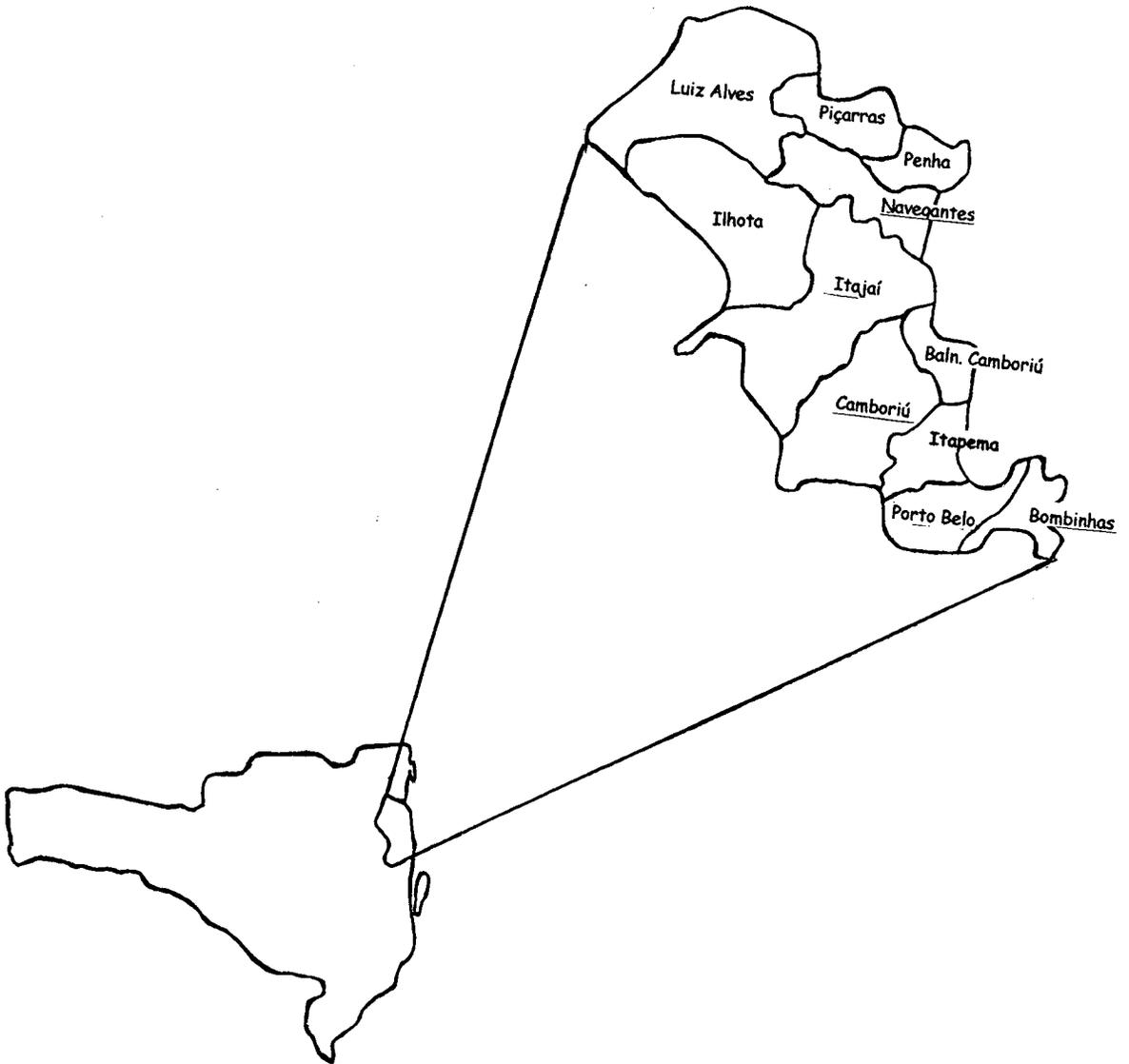
- 1) Quais o funcionários existentes ?
- 2) Qual o número de horas de atendimento de cada profissional ?
- 3) Qual a forma de organização da demanda espontânea ?
- 4) Dos atendimentos/serviços listados abaixo, quais são oferecidos pela ESF? Pré-natal, puérpera, atenção à criança, Papanicolau, planejamento

familiar, atenção ao adulto, controle de HAS, diabetes, DST, hanseníase, tuberculose, vig. epidemiológica, idoso, obeso, adolescente, pequenas cirurgias;

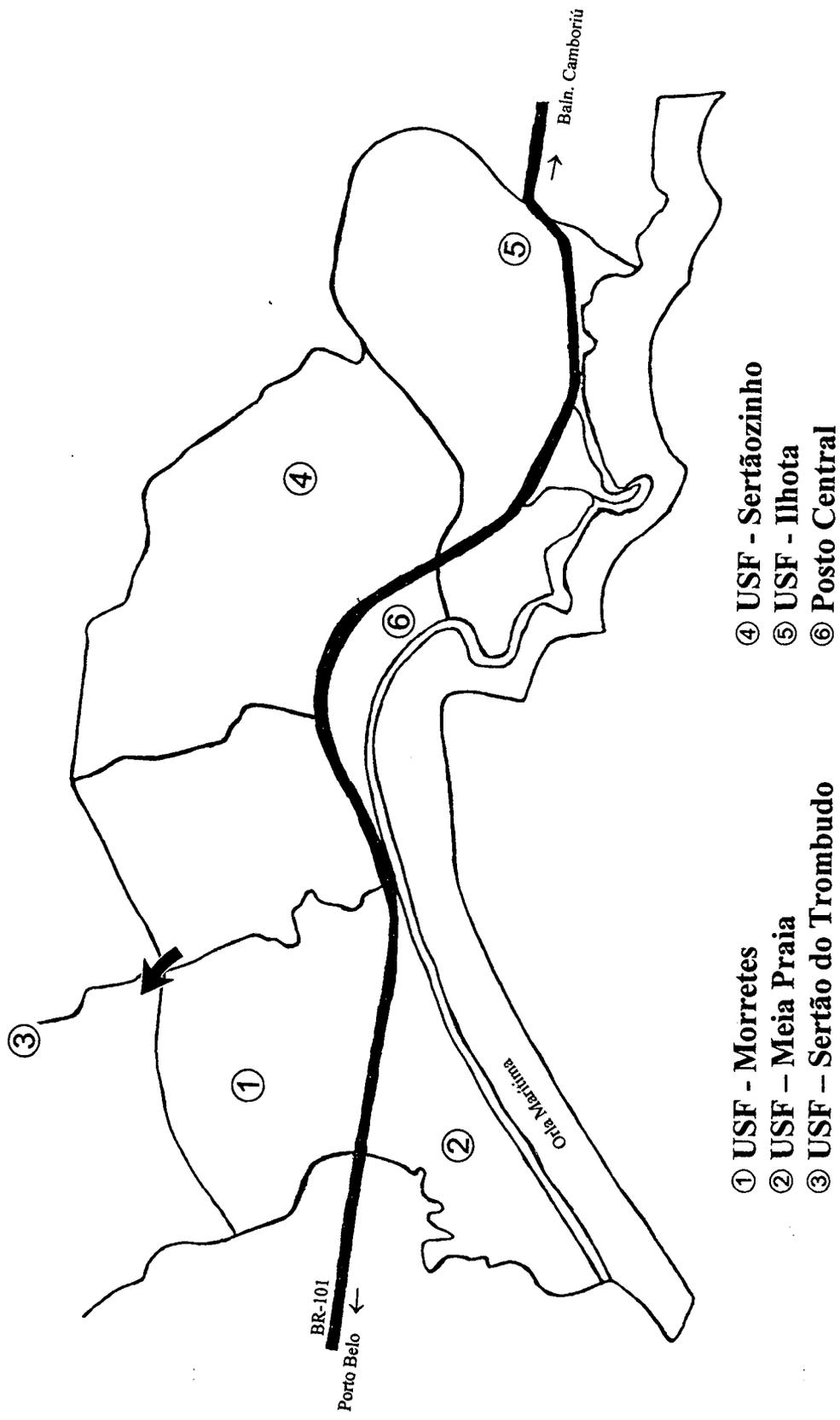
- 5) Dos serviços listados abaixo, quais são realizados ? Grupos terapêuticos, visita domiciliar, intervenções educativas, internação domiciliar;
- 6) Qual a forma de planejamento das ações em nível local ?
- 7) Qual a forma de análise dos resultados obtidos ?
- 8) Qual o tipo de prontuário existente ? Individual ou familiar ?
- 9) Existe mapa da região de abrangência da equipe ?
- 10) Existe agenda de atividades ? Com atividades na comunidade e atividades clínicas.
- 11) Existem os materiais e equipamentos básicos listados abaixo ? Vacinas, estetoscópio, termômetro, balanças, tensiômetro, materiais de pequenas cirurgias.
- 12) Quais as principais dificuldades encontradas para o funcionamento do programa ?

ANEXO 2

Localização do Município de Itapema em Santa Catarina



DISTRIBUIÇÃO E ABRANGÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DE ITAPEMA



**TCC
UFSC
SP
0038**

N.Cham. TCC UFSC SP 0038
Autor: Pereira, Marcondes
Título: Avaliação da implantação e imple



972809939 Ac. 254116

Ex.1

Ex.1 UFSC_BSCCSM